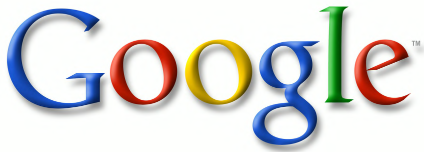


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

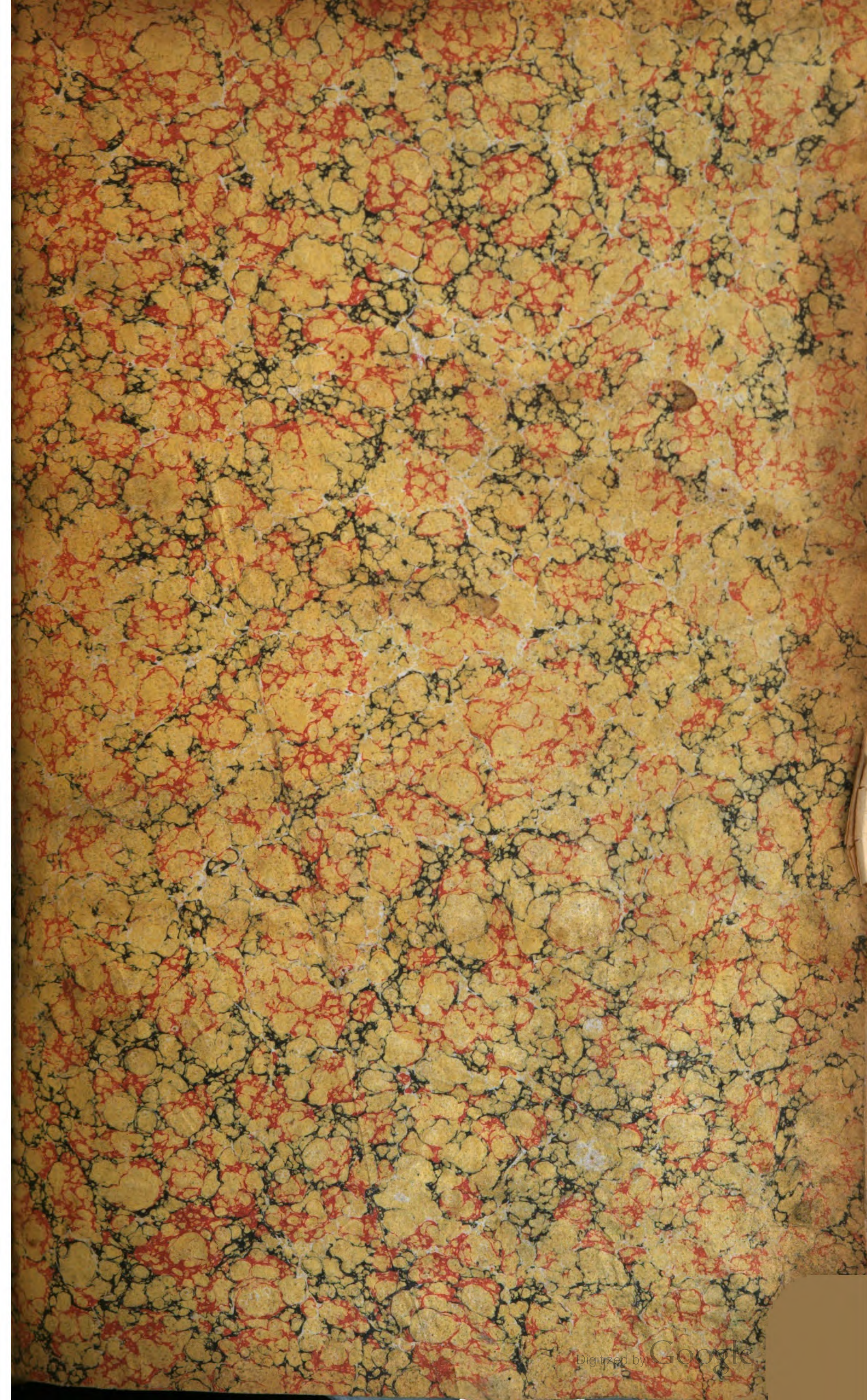
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/


COUNTWAY LIBRARY
HC 38YH 5

LIBROS LITERARIOS
Y DE ENSEÑANZA.
EFECTOS DE ESCRITORIO.
Alejandro Tapia y Rivera,
O-Reilly 24,
entre S. Ignacio y Cuba.
Nº 900 HABANA. 17/00160

Digitized by Google



Digitized by Google



Digitized by Google

ENCICLOPEDIA

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA.

SERIE SEGUNDA.

Digitized by Google

Digitized by Google

GUIA
DEL MÉDICO PRACTICO,
O RESUMEN GENERAL
DE PATOLOGIA INTERNA
Y DE
TERAPÉUTICA APLICADAS,

POR

F. L. I. Valleix,

Médico del Hospital de Santa Margarita (antiguo anejo del Hospital general); Miembro titular de la Sociedad médica de Observacion, y de la Sociedad Anatómica; Individuo de la Sociedad médica de los Hospitales, etc., etc.

SEGUNDA EDICION,

REVISADA, CORREGIDA Y AUMENTADA.

TRADUCIDA

por los Sres. D. Francisco Alvarez Alcalá, D. José Rodrigo y D. Benito Amado Salazar,

Doctores en Medicina y Cirujía.

TOMO I.

Madrid y Santiago:

LIBRERIAS DE D. ANGEL CALLEJA, EDITOR.

GRANADA: SRES. CALLEJA Y OJEA.

LIMA: SRES. CALLEJA, OJEA Y COMPAÑIA.

Digitized by Google

6. G. 64

MADRID: 1851.

Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino.

Digitized by Google



NU

LIBRERÍA ESTRAN

LIBRERO DE CÁ
DEL CONGRESO DE LOS SEÑORES
CAL

Tratado elemental de F humana, que comprende las prin nes de la Fisiologia comparada, por profesor agregado de la facultad d Paris, etc., etc.; traducido de la ú por los Sres. D. Miguel de la Pl cos, y D. Joaquin Gonzalez Hi nos internos de la facultad de Me drid. Obra acompañada de 213 gr calados en el testo. Madrid, 1860. U 60 rs. en Madrid y 70 en prov., fra

Agenda médica para bolsill memoria diario para 1861. Es un V siempre oportuno é indispensable; h derablemente aumentado este año co interés y de verdadera importanci para el médico, cirujano, farmacéu nario. Contiene: 1.° el diario de visit ciones para todo el año; 2.° un *di medicina y de materia médica*, con nio magistral de mas de 400 FÓRM *memorial terapéutico* de las **enfer de la primera infancia**; 4 de venenos y contravenenos; 5.° tra fórmulas publicados en el año próxi 6.° modelos de certificados; 7.° aguas designacion de las enfermedades para prescriben; 8.° cuadro general de la e

con algunas notas importante tíano de Torres Villanue Un tomo en 4.°, 46 rs. en Ma cias, franco de porte.

Homeopatía domés familias para que puedan trat homeopáticamente en las indis prestar socorros eficaces á l casos urgentes hasta la llegad Dr. Hering; redactada confo obras homeopáticas y á su pr adiciones de los Sres. Gullon, ducida de la *última edicion* nada sobre la de Filadelfia por chant; vertida al castellano D. Tomás Pellicer, licencia *gunda edicion*. Madrid, 18 prolongado, de unas 500 pág drid y 28 en provincias, franc

Terapéutica home enfermedades de los mann; traducida del aleman a por el Dr. D. Leon Simon, castellano bajo la direccion d nandez del Rio, doctor gía, etc. Madrid, 1853. Un to Madrid y 28 en provincias, f

La Lectura para ilustrado. Novelas, viajes, lite

Al empezar el año 1861, te cion de **La Lectura para** igual deseo y propósito de seg pio modo que los años anteri cidos los obstáculos que sie publicacion al principio, toda mas interés y satisfacer más l

s, por D. Robus-
›va. Madrid, 1849.
Irid y 48 en provin-

stica ó Guia de las
arse por sí mismas
posiciones ligeras, y
os enfermos en los
a del médico, por el
rme á las mejores
opia esperiencia con
Gross y Staph; tra-
alemana y coleccio-
el Dr. Leon Mar-
bajo la direccion de
do en medicina. *Se-*
36. Un tomo en 8.°
inas, 24 rs. en Ma-
o de porte.

opática de las niños, por Hart-
l francés, con notas,
ijo, y del francés al
e D. Roman Fer-
en medicina y ciru-
mo en 4.°, 24 rs. en
anco de porte.

todos. Semanario
ratura, historia, etc.
rcero de la publica-
todos, nos anima
guir, no solo del pro-
res, sino que, ven-
mpre encuentra toda
vía esperamos darle
s deseos del público.
abajos interesantísi-
otros la *novela*, que
ha merecido la tra-
Mareof el Malouin,
ada con 28 grabados;
s de las praderas,
emos escusado hacer
conocido de nuestros
dias; la *novela* ori-
vier, titulada *Genio*
no dejará de agradar
ecedores: seguiremos
ratura, del célebre
parte de uti-
hieu de Dom-
…ador con

la sociedad, titulada *Manual popular de gimnasia de sala, médica é higiénica*, del profesor Schreber, acompañado de 45 grabados, para que cada uno pueda ejercitarse por sí mismo. Así que nuestro Semanario puede considerarse como una *Biblioteca de utilidad y recreo* para todas las clases de la sociedad.

Precio para el año 1861. — Cada número, de 16 pág., 48 columnas y 4 grabados, tomado en la Administracion, 6 *cuartos*, ultimatum del barato. — Por suscricion: en Madrid, llevado á domicilio, un año, 38 rs.; en provincias, franco de porte, un año, 48 rs.

La Frenología y sus glorias. Lecciones de frenología, ilustradas con 170 retratos auténticos y otros diseños, por el propagador de la frenología en España, Mariano Cubí y Soler. Barcelona, 1852-1853. Un tomo en 4.° con mas de 170 figuras, 120 rs.

Higiene del matrimonio, ó el Libro de los casados, en el cuál se dan las reglas é instrucciones necesarias para conservar la salud de los esposos, asegurar la paz conyugal y educar bien á la familia, por el Dr. D. Pedro Felipe Monlau. *Segunda edicion*, revisada y aumentada. Madrid, 1858. Un tomo en 4.°, 24 rs. en Madrid y 28 en provincias, franco de porte.

Elementos de Higiene pública, por el Dr. D. Pedro Felipe Monlau. Barcelona, 1848. 2 tomos en 4.°, 40 rs. en Madrid y 48 en provincias, franco de porte.

Elementos de Higiene privada, ó Arte de conservar la salud del individuo, por el Dr. D. Pedro Felipe Monlau. *Segunda edicion*, revisada y aumentada. Madrid, 1857. Un tomo en 8.°, 24 rs. en Madrid y 28 en provincias, franco de porte.

Tratado de Terapéutica y materia médica, por Trousseau y Pidoux; traducido al castellano de la *quinta y última edicion*, por el Dr. D. Matias Nieto y Serrano. Madrid, 1857. 4 tomos. Precio: 64 rs. en Madrid y 76 en provincias, franco de porte.

Tratado elemental de Física esperimental y aplicada, y de meteorologia, con una numerosa coleccion de problemas, é ilustrado con 582 preciosos grabados en madera, intercalados en el testo, por Ganot; traducido al castellano por D. José Monlau; corregido por J. M. Perez, profesor de física. *Tercera edicion española*, anotada y adicionada, segun la *última edicion francesa*, por D. José Canalejas y Ca-

ADVERTENCIA
DE LOS TRADUCTORES.

Entre los diversos tratados de *Medicina práctica* publicados en estos últimos tiempos, uno de los mas importantes es sin disputa la presente obra que publica por segunda vez el Doctor Valleix. Los estudios profundos que ha hecho acerca de la etiologia, del diagnóstico y de las demás partes de la historia de las enfermedades, y la enumeracion esmerada de todos los tratamientos conocidos, sometidos al sano criterio de la esperiencia y la observacion, la hacen sumamente recomendable. Nada mas diremos del mérito ni de la oportunidad de esta obra, pues el lector va á juzgar por sí mismo, y el autor se ha encargado en el prólogo de esplicar los motivos que le han escitado á componerla. Asi solo nos resta manifestar que por nuestra parte hemos procurado que en nada desmerezca esta version de la obra original, tanto por la fidelidad y exactitud como por la correccion de las muchas faltas cometidas en la edicion francesa. Asimismo debemos hacer presente, que hemos conservado en las cantidades y dosis de los medicamentos las pesas y medidas del sistema métrico, porque ha sido ya adoptado en España como ley y regirá en lo sucesivo; si bien para evitar la confusion que es consiguiente y las graves equivocaciones á que pudiera dar lugar á los que no estan aun muy ver-

Digitized by Google

sados en estas reducciones, les presentamos hechas las de todas las cantidades á las pesas y medidas usuales en la actualidad. Creemos inútil advertir que estas reducciones no pueden ser en todos casos exactas, y sí solo aproximadas, pues de lo contrario hubieran resultado fracciones tan numerosas, que además de causar mucha confusion, sería imposible retenerlas en la memoria; pero en esta misma reduccion hemos guardado uniformidad con otras obras incluidas en la Enciclopedia.

Si con estas tareas esta obra fuera tan útil á la juventud como á los prácticos, quedaria cumplido el fin que nos propusimos, y satisfechos nuestros deseos.

Digitized by Google

PREFACIO

DE LA SEGUNDA EDICION.

La favorable acogida que el público ha dispensado desde el momento de su aparicion á la GUIA DEL MÉDICO PRÁCTICO, *y la precision en que me encuentro de hacer inmediatamente la segunda edicion de una obra tan estensa, prueban que no me he engañado al creer que habia satisfecho una necesidad imperiosa del arte. Para corresponder por mi parte á esta distincion he debido aplicarme en la nueva edicion á completar esta obra, á consignar en ella todas las adquisiciones importantes hechas en estos últimos años, y á hacer desaparecer en lo posible las imperfecciones de detalle que siempre se deslizan en una obra de esta clase.*

Para lograr que estas mejoras fueran tan completas como se puede desear en el estado actual de la ciencia, no he omitido ningun medio, y me he aprovechado de los buenos consejos que me han dado mis comprofesores, cuya benevolencia, para conmigo, se ha manifestado en la mayor parte de los periódicos de medicina. De ningun modo podia yo agradecérselo mejor que siguiendo su parecer, y puedo decir en verdad, que si siempre no lo he hecho, es porque me han detenido obstáculos insuperables.

Digitized by Google

En uno de los consejos de que hago mencion aqui, porque es el que hubiera deseado poder seguir, se me invitaba eficazmente á dividir el tratamiento de las enfermedades segun las diversas indicaciones. Sin duda alguna que esta hubiera sido una division perfecta; ¿pero estamos en disposicion de hacerlo? Las investigaciones que tienden á darnos á conocer de una manera exacta las indicaciones en el tratamiento de las enfermedades, estan por desgracia demasiado poco adelantadas para que las mas veces no podamos ni siquiera intentarlo. En estas circunstancias he debido necesariamente contentarme con esponer el tratamiento lo mas completa y metódicamente posible, é indicar siempre que he podido los casos en que una medicacion parece mas particularmente aplicable. En una palabra, he seguido el órden de las indicaciones hasta el punto en que un paso mas me hubiera conducido á las especulaciones de la teoría pura.

A pesar de que esta segunda edicion ha seguido tan de cerca á la primera, ha sido preciso hacer en ella numerosas adiciones, que prueban cuán grande es el ardor con que se prosiguen las investigaciones médicas. Sin embargo, no he elegido mas que los trabajos que tenian una utilidad práctica real, sintiendo no poder citar otros muy importantes, pero de un interés puramente científico. Sobre todo, me he aprovechado de hechos nuevos, de los cuales muchos han venido á confirmar las reglas establecidas en esta obra, y algunos otros á modificarlas; pero he indicado con cuidado estas modificaciones, que algunas veces han exigido la refundicion de ciertas partes.

Tambien se hallarán en esta edicion muchos artículos que por diversos motivos faltan en la anterior; tales son: la sa-

Digitized by Google

livacion hidiopática, *la* neuralgia general, *el* vómito nervioso, *el* cólico vegetal, *el* escleroma de los adultos, *y la* calentura puerperal, *enfermedad que no se hallaba suficientemente descrita en la historia de la metritis y de la metroperitonitis de las recien paridas.*

Igualmente he hecho desaparecer con cuidado las digresiones inútiles y los descuidos de la primera redaccion, y he añadido á esta edicion una tabla alfabética general *bastante detallada, que era indispensable en una obra de tanta estension, y con ella el médico podrá encontrar en el instante la materia que quiera estudiar, sin verse detenido por las dificultades consiguientes á una sinonimia que se hace cada dia mas rica y acaso demasiado.*

Permítaseme, al terminar, añadir aquí un pasage de la advertencia del sesto volúmen de la primera edicion, que responde á objeciones demasiado importantes para que las dejemos sin respuesta. Este pasaje es el siguiente: «Se ha dicho, que presentando como lo hago, mis Cuadros sinópticos del diagnóstico, *parece que doy á esta parte de la patologia un rigor matemático que no puede tener.» Yo aprovecho esta ocasion para declarar que no tengo semejante intencion, y me parece me he esplicado suficientemente, diciendo en varias ocasiones que las afecciones presentaban con frecuencia graduaciones que solo el médico es capaz de apreciar. ¿Pero se deduce de esto que no se deban poner en paralelo los principales puntos del diagnóstico? No lo creo asi. Estos puntos principales forman el eje, á cuyo alrededor gira todo el diagnóstico, y el conocer bien las generalidades es la principal condicion para distinguir los casos particulares ó escepcionales. Ahora bien, he pensado que poniendo en paralelo los pun-*

Digitized by Google

tos culminantes en mis cuadros sinópticos, suministraba á la memoria una base sólida; pero es menester no olvidar que solo son puntos culminantes, pues tal ha sido únicamente mi designio.

«Se ha añadido tambien que yo no daba mucho valor á la esperiencia particular de los médicos. ¿Pero he merecido esta censura? Es verdad que es cosa capaz de hacer desesperar al práctico, decir Tal médico dice *que le ha producido buenos resultados este ó el otro remedio, mas no cita hechos en su apoyo. Sin embargo á mí me parece que no he incurrido en falta, porque cuando un médico anuncia, sin presentar las pruebas, que ha obtenido un feliz resultado usando ciertos agentes terapéuticos, ¿qué desea sino que se ensayen estos agentes á fin de que los demás formen una conviccion semejante á la suya? Asi es que poniendo los medios indicados á disposicion de los demas prácticos, yo lleno sus intenciones; pero me guardaré bien de considerar como adquiridos por la ciencia hechos que no se pueden discutir, porque la historia de la medicina prueba que los mas hábiles se equivocan. ¿No es mayor motivo para hacer desesperar al práctico, el indicarle, con una confianza ilimitada, medios que tan frecuente fallan en sus manos? Un médico se encuentra, por ejemplo, tratando una enfermedad rebelde; tiene noticia de una prescripcion alabada como muy eficaz, se cree ya seguro del buen éxito, la pone en práctica y nada consigue: primer desengaño; se le comunica otra medicacion, la ensaya y falla tambien: nuevo desengaño: ¿á la tercera ó cuarta vez no tiene razon para desesperarse? ¿y por desgracia no se vé esto con demasiada frecuencia? Por consiguiente estos medios que no tienen la sancion de la esperiencia, no deben recomendarse sino como recursos cuyo ensayo se puede intentar, y asi es como yo he procedido.*

Digitized by Google

«Otros, por el contrario, me han criticado el que no he hecho justicia de una multitud de medicamentos inciertos, y que me he contentado con indicar un corto número cuya eficacia estaba bien demostrada. Ciertamente yo no hubiera deseado otra cosa que poder hacerlo así; ¿pero lo permite acaso el estado de la terapéutica? Yo hago esta pregunta á los prácticos. ¿Hay alguno entre ellos que en muchos casos no haya recurrido á numerosos tratamientos, y no haya deseado saber otros muchos? Tiempo vendrá, y estoy convencido de ello, que merced á investigaciones rigurosas, adquirirá la terapéutica esta certeza que tanto es de desear. Pero este tiempo está todavía lejano, porque estas investigaciones son largas y difíciles, y muy pocos hombres tienen bastante celo para dedicarse á ellas. Entretanto, indicar á los prácticos medios variados que puedan ensayar cuando los que usan ordinariamente han sido inútiles, es, en mi opinion, hacerles un servicio incontestable.

Paris 25 de Mayo de 1850.

Digitized by Google

PROLOGO

DE LA PRIMERA EDICION.

La obra, cuya publicacion voy á emprender, se diferencia demasiado de todas las que se han dado á luz hasta el dia sobre la misma materia, para que pueda dispensarme de entrar en algunas esplicaciones apropiadas para dar á conocer el espíritu con que ha sido concebida, el objeto que me he propuesto alcanzar publicándola, y la manera con que he creido debia coordinar los numerosos materiales necesarios para su composicion. Habiendo introducido en mi cuadro innovaciones importantes, he creido que era menester antes de todo indicar y hacer comprender su estension; por lo cual espero que el lector no juzgará que son demasiado largos los pormenores que van á continuacion.

Para seguir algun órden en mi esposicion, creo debo empezar por dividir la materia en dos cuestiones principales.

«1.ª ¿Qué necesidad de la época me propongo satisfacer »en esta obra? ¿Cuál es su utilidad para la práctica de la me»dicina?»

«2.ª ¿Por qué medios se llegará á satisfacer esta necesi»dad de nuestra época, y cómo podrá ser mas útil á los mé»dicos prácticos que otros tantos tratados de patologia y tera»péutica universalmente estimados?»

La mejor respuesta que se puede dar á la primera de estas dos cuestiones será hacer un exámen rápido de nuestra época médica.

Digitized by Google

Diariamente somos testigos de que todos los médicos no piden ni quieren sino obras que tengan relacion con la práctica y puedan guiarles en el ejercicio de su arte. Las investigaciones mas profundas no reciben una favorable acogida en su mayor parte, si no van acompañadas de una receta nueva, una fórmula nueva ó un procedimiento nuevo. Por esta razon vemos condecorar á las mas de las publicaciones modernas con el título de *prácticas*, aun cuando añadan muy poco á la práctica mas vulgar. ¿En qué consiste esta exigencia tan contraria al estudio científico que debe presidir á los estudios médicos? ¿De qué proviene esta distincion tan marcada y tan moderna, establecida en la actualidad por los médicos, entre las obras *prácticas* y las obras puramente *científicas*? Hasta estos últimos tiempos no solo no se admitia semejante distincion, sino que hasta parecia casi imposible, porque entre nuestros antepasados todas las obras y todos los tratados eran prácticos, y no se concebia que pudieran ser de otra manera. Indagaremos las causas de esta notable trasformacion que se ha verificado desde hace algunos años en las ideas y en el lenguaje.

Los antiguos tenian para dirigirse en la práctica de la medicina dos guias que seguian con ciega confianza, á saber: la *tradicion* y el *sistema*. Los que se guiaban por la tradicion elegian en las obras de los grandes maestros cierto número de procedimientos, de recetas y de preceptos, que usaban despues continuamente; otros en mayor número, adoptando con entusiasmo el sistema dominante, hacian derivar la práctica de las ideas teóricas que habian abrazado, y otros, en fin, menos esclusivos, tomaban al mismo tiempo de la tradicion y de los sistemas los ejemplos y preceptos.

De esta manera nuestros antecesores nunca se hallaban detenidos en su práctica. En efecto, la tradiccion no podia faltarles; los grandes oráculos médicos, interpretados, comentados y sin cesar estudiados, siempre estaban prontos á responderles. En cuanto á los sistemas, si bien es cierto que el

Digitized by Google

dominante se establecia sobre las ruinas del anterior, á lo menos llevaba consigo todos los materiales necesarios para la reconstruccion de un edificio completo, y de la doctrina nueva nacia inmediatamente una nueva práctica que satisfacia todas las exigencias del arte médico.

Asi es como la medicina ha vivido una larga serie de siglos, sin que se esperimentase la necesidad de mayor rigor en estudios que, unas veces encerrados en el dominio de la especulacion, estaban privados de la base sólida de los hechos, y otras veces fundados en una esperiencia insuficiente, no podian precaver al espíritu de los estravíos de la teoría. ¡Cuánto no habrán tenido que sufrir los progresos de la terapéutica á causa de esta marcha ciega de la ciencia! ¡Qué pesar no se siente al ver tantos estudios, vigilias y talentos gastados para obtener tan pequeños resultados! ¡Qué de errores en compensacion de algunas verdades!

Cuando apareció Broussais todos estaban ya cansados de estos sistemas que, con intervalos mas ó menos largos, venian á trastornar la medicina, y se empezaba á hallar pesado el yugo de la autoridad. Era pues, una época bien elegida para un genio destructor; asi pues, el edificio antiguo se hundió bien pronto á los golpes de la nueva escuela. ¿Pero cómo Broussais tuvo bastante poder para formar un nuevo sistema? ¿Cómo pudo *rehacer una nueva medicina* é imponérsela al mundo en sustitucion de las antiguas doctrinas? Esto es lo que sorprende en una época en que la anatomía patológica echaba raices por todas partes, y en la que las investigaciones del ilustre Laennec habian demostrado lo que podia hacer una observacion, aunque incompleta, con tal que fuese sabiamente dirigida. Sea de esto lo que quiera, apoyándose el sistema de Broussais en algunas verdades hasta entonces desconocidas, sedujo á casi todos los espíritus por su sencillez, y quizá mas aun por la manera hábil y apasionada á la vez con que era defendido.

No tengo necesidad de recordar qué influencia tuvieron

Digitized by Google

las doctrinas de la escuela fisiológica en la práctica. Reducidos todos los estados morbosos á casi uno solo, todos los tratamientos lo fueron igualmente á otro, que se modificaba ligeramente segun las circunstancias. Desde este momento se perdió la tradicion de lo pasado, y los antiguos preceptos del arte fueron escuchados por un corto número de médicos que no habian adoptado las nuevas ideas.

Pero el sistema de Broussais no podia satisfacer largo tiempo al espíritu investigador de nuestra época. Poniéndolo todo en duda habia promovido estudios é investigaciones, cuyos resultados debian serle fatales, y no podia resistir á la prueba decisiva de los hechos bien observados. Desde que la observacion exacta y rigurosa, hecha sinceramente con el objeto de ilustrar las cuestiones que se discutian, se manifestó con todo su poder en las obras del doctor Louis, con las que se envanecia nuestra época, este sistema, que parecia tan hábilmente concebido, y para cuya defensa se habian hecho tan maleables los hechos, se vió minado antes que su defensor se hubiese retirado de la arena.

¿Qué fué entonces de la práctica, y en qué situacion se encontraron los médicos que ofuscados por el falso brillo de las doctrinas de la *escuela fisiológica* las habian adoptado sin restriccion? Por una parte se veia interrumpida la tradicion, hecho ininteligible el lenguaje de los antiguos, y roto el yugo de la autoridad; por otra, estaba destruido el último sistema sin que se hubiera propuesto otro que le reemplazase, y finalmente, se comprendia la inutilidad de todos estos sistemas que preceden al estudio de los hechos: tal era entonces la situacion. De las dos antiguas guias de la práctica médica ya no quedaban, por decirlo asi, sino vestigios. La discusion habia destruido los antiguos sistemas y la observacion al nuevo.

Entonces fue cuando se comprendió mejor que en medicina es preciso atender tanto á la ciencia como al arte. Por haber confundido entre sí estas dos partes distintas, pero que

Digitized by Google

tienen relaciones íntimas, los antiguos nos habian dejado en terapéutica muy pocas cosas que no sean susceptibles de controvertirse. No se queria ya caer en este inconveniente; se exigia mas rigor en el estudio de los hechos y mas certeza en los resultados; en una palabra, se deseaba hacer de la medicina una ciencia exacta.

A la verdad no se debe criticar esta tendencia nueva; pero las exigencias del arte no pueden acomodarse á la sabia lentitud de los estudios científicos. Diariamente apremiado por las necesidades de la práctica, el médico se ve obligado á adelantarse á las decisiones de la ciencia. El mal está allí siempre presente, siempre activo, reclama prontos auxilios, y no espera á que las investigaciones modernas hayan demostrado cuál es el mejor remedio que se le puede oponer.

En vista de estas necesidades, sin cesar renacientes, es cuando la inmensa mayoría de los médicos ha levantado la voz pidiendo una guia segura para la práctica, y con el fin de responder á este llamamiento, cada uno se puso á trabajar. Algunos han buscado en la práctica de los antiguos, medios terapéuticos que han resucitado modificándolos; otros por medio de una observacion exacta y minuciosa y de la análisis numérica, han llegado á obtener algunos resultados poco numerosos sin duda, porque son el fruto de estudios lentos y difíciles, pero los mas importantes de todos, porque tienen en general un grado de exactitud hasta entonces desconocido; otros, en fin, en mayor número, guardando un término medio entre este método severo y el de los antiguos, se han entregado á una esperimentacion variada, muchas veces hábil, con frecuencia tambien insuficiente, pero que si no nos da á conocer el valor exacto de las diversas medicaciones ensayadas, á lo menos nos suministra frecuentemente indicaciones preciosas que el práctico se considera muy feliz en poder seguir.

Por otra parte, adquiriendo el diagnóstico de las enfermedades una perfeccion incontestable, ha permitido estable-

Digitized by Google

cer mejor los datos de este gran problema: *Dada una enfermedad, hallar su mejor tratamiento*; y librando los progresos casi maravillosos de la química á la materia médica de tantas preparaciones groseras como la embarazaban, han permitido que los esperimentadores empleen sustancias medicinales mas sencillas, mejor conocidas, y cuya accion les era posible vigilar y estudiar mas fácilmente.

Tantos esfuerzos reunidos no podian ser estériles; asi pues, los periódicos de medicina no han tardado en llenarse de artículos acerca de la terapéutica. Los esperimentos, los resultados de la observacion y los ensayos se han consignado en ellos con afan, y la favorable acogida que han tenido las publicaciones, cuyo único objeto es suministrar nuevos medios á la práctica, prueba bien la necesidad que se sentia de traspasar los límites del tratamiento antiflogístico, y de librarse de la invasion de la medicina espectante, es decir, de la inaccion casi completa que el desaliento de algunos queria oponer á todos. Bien pronto las obras didácticas se resintieron de estos progresos, y en los tratados de patologia se ha podido encontrar una apreciacion mas exacta de los signos de las enfermedades, mayor número de indicaciones terapéuticas, y mas variedad en los medios de curacion. Se han publicado tambien nuevos tratados de materia médica y de terapéutica con nuevas riquezas, y en una palabra, por todas partes se ha manifestado por resultados preciosos para la ciencia esta tendencia de los espíritus hácia el método esperimental.

Tal es en la actualidad el estado de las cosas. Los trabajos ejecutados con la intencion de hacer la práctica médica mas segura y mas fácil son numerosos y variados; parece que el práctico no tiene mas dificultad que la de la eleccion, y sin embargo, todavía no se halla satisfecho. Las publicaciones de estos últimos años, cuyo mérito estoy lejos de disputar, ¿serán insuficientes para la práctica diaria? Esto es lo que vamos á examinar.

Digitized by Google

Ya he dicho que las investigaciones modernas se hallan consignadas en numerosas coleciones periódicas, entre las cuales algunas contienen una riqueza incontestable; pero ¿puede el práctico hallar una regla general de conducta en esta reunion de hechos, á que solo ha presidido la casualidad? No cabe duda que para algunos casos dados tendrá á la vista ejemplos útiles; ¿pero cómo podrá con estos materiales diseminados en numerosos volúmenes crearse una terapéutica completa? Los periódicos y las colecciones de todas especies son otros tantos depósitos á donde cada uno lleva los elementos de un buen tratado práctico; pero estos elementos servirán de muy poco al médico, mientras no se hallen reunidos, coordinados y asociados de manera que formen cuerpo todos estos miembros esparcidos.

Los tratados generales de patologia ó de terapéutica, los diccionarios, las enciclopedias, etc., parecen á primera vista mas á propósito para satisfacer las exigencias del médico; pero bien pronto se ve que no llenan tan bien como se hubiera creido todas las condiciones necesarias para conseguir este objeto. En los tratados de patologia interna la *descripcion* de los síntomas, las *complicaciones*, y con frecuencia la historia, ocupan la mayor parte; el diagnóstico está espuesto con brevedad, y el tratamiento solo se halla indicado de una manera general; en los tratados de terapéutica, por el contrario, los pormenores del tratamiento son muy estensos, pero en compensacion, no se encuentra en ellos mas que simples indicaciones patológicas. Todavía hay mas; estas obras, que para el práctico son complemento unas de otras, han sido concebidas de diferente modo. En efecto, en los *tratados de patologia* se llega á la aplicacion del tratamiento por medio de la historia de la enfermedad, y en los *tratados de terapéutica* por la historia de los medicamentos se llega á las indicaciones terapéuticas; de suerte que para el médico es un trabajo dificil, y muchas veces imposible, poner acordes entre sí obras cuyo plan es tan diferente.

Digitized by Google

Se ve pues, que si todavía se reclaman tratados apropiados para dirigir la práctica, no es sin razon, y que si hay un gran número de materiales para completar esta obra, falta emplearlos convenientemente. Esto es lo que pretendo ejecutar en esta obra, y tal es mi respuesta á la primera de las dos cuestiones que me he propuesto al empezar.

Pasemos ahora á la segunda.

He dicho ¿cómo llenará esta obra mejor que otras las condiciones de un tratado práctico?

Para que el lector pueda juzgar por sí mismo, me bastará esponer detalladamente el plan que pienso seguir.

PLAN DE LA OBRA.

Primeramente he debido adoptar un órden que facilitase al médico las investigaciones que tuviese que hacer. Podia elegir entre el órden alfabético y cualquiera de los que se han seguido en los tratados modernos de patologia; porque es preciso decirlo, en una obra enteramente práctica el punto esencial es disponer la materia de manera que se pueda hallar fácilmente la descripcion y el tratamiento de cualquiera enfermedad, importando muy poco que el órden sea mas ó menos filosófico. Si he desechado el órden alfabético es solo porque separando las enfermedades que tienen relaciones íntimas me hubiera visto obligado á hacer repeticiones inútiles. Por esta razon he seguido el órden mas sencillo de todos y mas generalmente adoptado en las obras clínicas, á saber: el que consiste en describir sucesivamente las enfermedades de cada aparato, y en poner al fin las que no tienen asiento determinado.

En la descripcion de cada enfermedad en particular he suprimido todo lo que no era esencial á la práctica: asi pues, desde el momento en que una afeccion no es ya independiente,

Digitized by Google

y no constituye mas que una complicacion, remito su historia á la enfermedad que complica. Obrar de otra manera seria, como sucede en los tratados de patologia, caer en repeticiones y digresiones que, en una obra de esta naturaleza, podrian tener grandes inconvenientes.

Todavía me hubiera alejado mas del objeto que me he propuesto, si me hubiese ocupado de *investigaciones históricas* con un fin puramente literario. Sin embargo, no he descuidado el estudio de los autores antiguos, antes bien, reservando enteramente las investigaciones históricas para el estudio del tratamiento, me he limitado á dar una idea muy general, y he pasado inmediatamente al estudio de las causas, á la etiologia, parte tan oscura de la patologia.

El *conocimiento de las causas* es de grande importancia para la práctica; por esto he procurado con el mayor esmero indagar las circunstancias en que nacen las enfermedades, y que pueden tener alguna influencia en su desarrollo. Por desgracia el estudio de las causas es muy dificil, y casi siempre se ha hecho sin método y sin rigor; asi es que con frecuencia no he podido menos de dudar ante causas admitidas con confianza por muchos autores. He espresado estas dudas, y siempre he procurado distinguir las causas demostradas de las que solo son probables, y principalmente de las que pueden muy bien no ser mas que coincidencias, ó que han sido admitidas á consecuencia de ideas teóricas.

En la *esposicion de los síntomas* he tratado de ser breve y conciso, sin omitir los pormenores. Sobre todo he tenido mucho cuidado de poner en evidencia los síntomas principales, esenciales, y en apreciar bien su valor, porque este era el único medio de preparar el diagnóstico, sin el cual toda práctica es incierta y comunmente peligrosa. Por lo tanto, siempre que me ha sido posible, he tomado mis descripciones de las mejores observaciones publicadas por los autores, tanto antiguos como modernos, y de esta manera he conseguido hacer algunas

Digitized by Google

modificaciones importantes en la descripcion de las enfermedades, cuya historia se habia trazado siempre por impresiones generales, ó ateniéndose á los escritos de nuestros antepasados. No es dificil comprender que la práctica no puede menos de ganar con esta innovacion; asi es que no me ha arredrado el inmenso trabajo que necesitaba esta revision de tantos hechos diversos y esparcidos en libros tan diferentes, hallándome suficientemente recompensado de mis fatigas siempre que he podido descubrir y señalar un medio útil para la práctica é imperfectamente conocido.

Tambien guiándome por estas mismas observaciones he tratado de fijar el *curso*, la *duracion* y la *terminacion de las enfermedades*, cuyo conocimiento es tan interesante para el práctico. Por este medio he asemejado esta obra á un tratado de clínica, y he presentado los mejores ejemplos que se pueden seguir en los casos dificiles.

Pero donde especialmente he procurado presentar todas las cuestiones claras y fáciles de resolver es en el *estudio del diagnóstico*. Efectivamente, el diagnóstico es para el práctico el resúmen de toda la patologia, como la administracion del medicamento es el resúmen de toda la terapéutica. Por eso no me he contentado con esponer los signos diferenciales de las diversas enfermedades que se pueden confundir entre sí, sino que además he presentado á la vista, confrontadas en un *cuadro sinóptico*, estas diversas enfermedades asi como sus signos distintivos; de suerte que de una ojeada el médico puede percibir los caracteres de una afeccion que quiere reconocer, y las diferencias que la separan de las enfermedades mas parecidas.

Viene, en fin, el *tratamiento*, último objeto de nuestros esfuerzos, y que por lo mismo importaba mucho estudiar con particular cuidado. En este artículo es en el que principalmente, consultando á los antiguos, tomando luces de los tratados generales y de las nosografias, y compulsando las colecciones de toda especie, me he esforzado en hacer este

Digitized by Google

trabajo indispensable al práctico, pero que sin embargo, él mismo no puede ejecutar, es decir, reunir los hechos diseminados, dar á conocer los medios y procedimientos terapéuticos mas importantes y presentarlos en un órden conveniente, de manera que tracen al médico su línea de conducta para todos los casos que pueden reclamar su ministerio.

Yo no debia en parte tan esencial detenerme ante los detalles mas circunstanciados, porque jamás se insistirá demasiado acerca de las menores particularidades cuando se trata de la aplicacion de medios útiles ó peligrosos, segun que se empleen bien ó mal.

Tomando una á una cada indicacion terapéutica, he hecho ver cómo se habia llenado por los hombres mas hábiles; y no solo he indicado los medicamentos usados, sino tambien su dosis segun los casos y las edades, cuando ha sido posible. He citado las fórmulas é indicado el modo de usarlas, y el tiempo que se debe elegir para esta aplicacion. Finalmente, he dado á conocer los remedios mas generalmente empleados y los que solo algunos prácticos han preconizado.

En las obras de patologia interna se contentan los autores, respecto de los procedimientos quirúrgicos, con remitir al lector á los tratados de cirujía; mas yo por el contrario, he creido que debia describir con todos los pormenores necesarios estos procedimientos, las modificaciones que se han hecho y la manera de servirse de ellos; en una palabra, he considerado el artículo *Tratamiento* como parte de un tratado de terapéutica aplicada.

Pero no me he contentado con esto. Para reunir todo lo que tenia relacion terapéutica, he terminado cada artículo dedicado á una enfermedad, cuyo tratamiento es importante y complicado, por *una ó muchas prescripciones*, en las que el práctico encontrará todo lo que en el estado actual de la ciencia se puede prescribir con mas probabilidad de buen éxito en un caso dado. Para comprender la utilidad de estas

Digitized by Google

prescripciones es preciso no olvidar que no consiste todo en conocer los diversos medios terapéuticos que se deben emplear, sino que es menester tambien saber asociarlos de manera que no se contraríen, ó mas bien que se presten un auxilio mútuo.

Si se ha comprendido bien el plan que acabo de trazar, se debe conocer que mi objeto ha sido presentar reunido á la vista del práctico todo lo que mas le importa saber; y con este objeto he recurrido á los mejores tratados, y sobre todo á las mejores observaciones. He hojeado las obras de los antiguos para tomarles sus hechos, sus fórmulas y sus procedimientos. He acudido á la esperimentacion moderna y recogido sus resultados. He presentado todos estos elementos de manera que pudiesen fácilmente comprenderse, y que el médico no tuviese mas que abrir el libro para ponerse al corriente de todo lo que la ciencia nos ofrece de verdaderamente práctico.

Sin embargo, no se crea por eso que he querido limitarme al papel de compilador. Hacer una coleccion de recetas y acoger todo sin discusion no podia convenirme; esto es lo que no pueden dudar los que conocen mis doctrinas y mis trabajos anteriores, cualquiera que por otra parte sea el juicio que de ellos puedan hacer. He sometido á la crítica las opiniones, las teorías y los hechos; porque estoy persuadido de que nada es mas pernicioso para la práctica que dar al público sin comprobarlos, como con demasiada frecuencia se hace, los resultados de una esperimentacion incompleta ó de una observacion errónea. Tampoco he olvidado que no basta enumerar y aun dar á conocer las diversas especies de tratamientos que estan en uso, y que es menester indagar si entre ellos hay algunos que inspiren una confianza particular; esto es lo que he hecho. Por desgracia, la falta de datos positivos me ha impedido con frecuencia formar un juicio motivado, y entonces he hecho lo que podia hacer, que era esponer el estado de la ciencia indicando lo que en ella hay

Digitized by Google

de incierto y de vago. Esta parte de mi tarea no es la que me ha parecido menos importante, y debo decirlo, es la que á pesar de su grande dificultad he trabajado con mayor placer, porque tengo la conviccion de que nada puede ser mas útil que manifestar á los laboriosos observadores de nuestros dias las innumerables é inmensas lagunas que nos quedan todavía que llenar, á fin de que cada uno redoble sus esfuerzos, en vista de tantos trabajos como hay que hacer. De esta manera es como espero que esta obra no dejará de ofrecer alguna utilidad á la ciencia, dirigiéndose particularmente á satisfacer las necesidades del arte.

Digitized by Google

GUIA

DEL MÉDICO PRÁCTICO.



LIBRO PRIMERO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.



Las enfermedades del aparato respiratorio son á la vez numerosas, frecuentes y muchas veces muy graves: bajo este triple punto de vista merecen fijar la atencion del práctico, y esto es lo que me ha inducido á poner su descripcion al principio de esta obra, empezando por las enfermedades de las fosas nasales.

CAPITULO I.

ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES.



Las fosas nasales tienen un doble uso: 1.° son el asiento de la olfacion; y 2.° constituyen una porcion importante del conducto respiratorio. Bajo estas dos consideraciones, estas cavidades interesan al fisiólogo; pero no puede decirse lo mismo respecto al patólogo; pues en efecto, para él las fosas nasales ofrecen un mediano interés como asiento de la olfacion, puesto que las aber-

Digitized by Google

raciones del olfato, cuando no tienen por causa una lesion orgánica, ó en otros términos, cuando no son un simple síntoma de una afeccion mas grave, casi nunca estan sometidas á su observacion; y cuando no constituyen sino un síntoma, su importancia se pierde entre la de los demas fenómenos que presenta la enfermedad principal. Por el contrario, como parte de las vias respiratorias, presentan afecciones importantes que vamos á estudiar sucesivamente.

El órden que seguiré en la descripcion de las diversas enfermedades de estas cavidades es el siguiente. Empezaré por la *epistaxis*, afeccion ligera por lo comun, pero á veces bastante grave para ocasionar la muerte; despues describiré la inflamacion aguda simple de la pituitaria, *coriza aguda simple, rinitis aguda;* la inflamacion crónica simple, *coriza crónica simple, rinitis crónica,* y finalmente la *ocena*, enfermedad importante, que designaré, por razones que espondré mas adelante, con el nombre de *coriza ulcerosa ó rinitis ulcerosa.*

ARTICULO I.

EPISTAXIS.

Hemorragia nasal, rinorragia.

La epistaxis es una de las hemorragias que acompañan á mayor número de estados patológicos, y si se la hubiera de estudiar bajo todos los puntos de vista y en todas sus relaciones con las otras afecciones, tendria que entrar en muchísimas consideraciones. Pero esta manera de considerarla por interesante que sea, no entra en el plan de esta obra. Por lo tanto sería enteramente inútil para el práctico el mezclar con la historia de la epistaxis, que puede reclamar por sí sola los auxilios del arte, la de la epistaxis que no aparece sino como un epifenómeno en el curso de otra afeccion. Cuando estudiemos las enfermedades de que es un síntoma, entonces se hablará de esta última especie de hemorragia nasal. Por esta razon no trataré en este artículo mas que de la

Digitized by Google

epistaxis que constituye por sí sola una enfermedad que hay que combatir.

Aunque restringida en estos límites, la epistaxis no por eso deja de presentar cierto número de especies ó de variedades, segun la causa que la ha producido. Asi pues, tenemos la epistaxis por congestion ó activa, las diversas especies de epistaxis llamadas pasivas, tales como la epistaxis escorbútica, clorótica, etc., y las epistaxis supletorias; hemorragias que por su abundancia pueden ocasionar graves accidentes y aun la muerte. Esta terminacion funesta lo mismo puede sobrevenir en las epistaxis idiopáticas que en las sintomáticas; de suerte que esta hemorragia, cualquiera que sea su causa, debe llamar especialmente la atencion del práctico desde el momento en que su abundancia pasa de ciertos límites.

En vista de estas consideraciones no debe estrañar que divida esta hemorragia en crítica y sintomática, con calentura ó sin ella, como lo ha hecho Fernelio (1), ó bien en pasiva, pletórica, febril, crítica, *no saludable*, segun Sauvages (2); pero no conservaré de estas divisiones mas que la que pueda tener alguna importancia para el tratamiento.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En la actualidad se designa con el nombre de epistaxis á toda especie de hemorragia nasal. Los antiguos le daban generalmente el nombre de *hæmorrhagia narium*, ó simplemente de *hæmorrhagia*; sin embargo algunas veces usaban las espresiones de *stillatio sanguinis é naribus, sanguinis fluxus per nares*. En estos últimos tiempos se han servido de los términos de *rinorragia* ó *hemorinorragia*.

La epistaxis es, sin contradiccion, la mas frecuente de todas las hemorragias; pero es raro que sea bastante abundante para deteriorar la salud ó exigir inmediatamente los socorros del arte, que son los casos de que nos ocupamos aquí, como he manifestado anteriormente. Sin embargo, hay pocos autores que no

(1) *Pathol.*, lib. V, c. VII, *Hæmorrhagia narium*.
(2) *Nosol. meth.*, t. II. p. 284, Amst. 1768.

Digitized by Google

hayan citado algunos ejemplos de hemorragias nasales muy violentas, y á las que ha sido preciso oponer remedios enérgicos; de suerte que el práctico debe estar precavido contra semejantes accidentes, y conocer á fondo los diversos medios de tratamiento que con detencion se describirán mas adelante.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Epistaxis idiopática. Es un hecho conocido por todo el mundo que los jóvenes estan muy particularmente espuestos á esta especie de hemorragia; sin embargo, es necesario hacer una distincion. Si se considera la epistaxis en general, sin consideracion á lás circunstancias que pueden darle los mas diversos grados de gravedad, no hay duda que la infancia y la adolescencia son las épocas de la vida en que aquella se manifiesta con preferencia. ¡Cuántas personas no hay, que despues de haber tenido en su juventud epistaxis muy frecuentes, las han visto desaparecer poco á poco á medida que avanzaban hácia la edad madura! Pero si no consideramos mas que la epistaxis, que por su gravedad compromete la salud y aun la vida de los que la padecen, estamos bien lejos de encontrar en la edad juvenil esta proporcion inmensa de casos que en ella se observa de epistaxis leve. Entre las observaciones que he podido reunir, en catorce se menciona la edad de los enfermos, y de ellas resulta que seis solamente eran, no niños sino jóvenes, y que ocho habian llegado á la edad madúra ó á una vejez bastante avanzada.

En cuanto al *sexo*, los hechos prueban que tiene una gran influencia en la produccion de la epistaxis. Todos los autores han convenido en que los individuos del sexo masculino esperimentaban con mas frecuencia esta hemorragia que los del sexo femenino; y lo que es cierto respecto de la epistaxis, considerada en general, no lo es menos de la epistaxis grave; porque de diez y siete casos de este género que yo he reunido y en los que se indica el sexo, doce habian ocurrido en hombres.

Se ha dicho que esta hemorragia es con bastante frecuencia *hereditaria*, y esta asercion ha sido formalmente emitida por

Digitized by Google

F. Hoffmann (1); pero si bien puede ser cierta, su exactitud aun no está demostrada, porque apenas se hallan dos ó tres observaciones en que esta herencia haya sido perfectamente comprobada.

Tambien se han mirado como predisposiciones á la enfermedad que nos ocupa, á la *constitucion fuerte*, al *temperamento sanguíneo*, y á todos los signos de un *estado pletórico habitual*. De diez y nueve observaciones, examinadas con el objeto de resolver esta cuestion, seis vienen en apoyo de la opinion general; y como en estas observaciones se trata de casos graves, de los cuales gran número tienen causas orgánicas para esplicarlos, se sigue de aquí (admitiendo que el número de hechos sea suficiente) que la epistaxis idiopática sobreviene frecuentemente en los sugetos que se encuentran en las circunstancias indicadas.

¿Se deberá colocar entre las causas de que se trata *el régimen escitante y el uso de las bebidas alcohólicas* en gran cantidad? Asi se cree generalmente y se apela á la esperiencia en favor de esta opinion. Yo estoy lejos de negar la influencia de esta causa, cuya existencia me parece á lo menos muy probable; pero todavía no se han hecho investigaciones rigurosas para manifestarnos cuál es su grado de potencia.

Los autores no estan todos de acuerdo acerca de la influencia de las *estaciones* en la produccion de la epistaxis; pero generalmente se admite que esta hemorragia es mas frecuente en la primavera y al principio del estío que en ninguna otra época del año. Entre los que no consideran este hecho como demostrado, y afirman que la epistaxis se verifica igualmente en todas las estaciones, es preciso poner en primera línea al célebre Sydenham (2). Pero tambien sobre esto carecemos de investigaciones exactas que puedan fijar el valor real de estas dos opiniones opuestas; sin embargo, la esperiencia parece contraria al modo de ver de Sydenham, y el gran número de epistaxis que se observa al principio de los calores no deja duda acerca de la realidad de esta causa, aunque sea desconocido su grado exacto de influencia.

Solo haré mencion de algunas otras causas predisponentes.

(1) *Opera medica*, t. I, *Hæmorrhagia narium;* Ginebra, 1748.
(2) *Op. omnia*, cap. VII, p. 177, *Hæmorrhagia narium*.

Digitized by Google

tales como la *vida sedentaria*, el *estado de preñez*, la *poca longitud del cuello* y la *amputacion de un miembro* (1), porque han sido asignadas á la epistasis aunque sin pruebas para ello.

Epistaxis sintomática. Es evidente que en las causas predisponentes de las enfermedades de que la epistaxis no es mas que un síntoma, es en donde se deben buscar las de este síntoma mismo. Por consiguiente, sería supérfluo entrar en largos pormenores sobre este asunto, y únicamente diremos que en una edad avanzada se presenta en mayor número esta especie de epistaxis. A lo menos esto es lo que nos induce á admitir la investigacion de cierto número de hechos, y la opinion de la mayor parte de los autores, mientras que una observacion mas atenta no haya dado su fallo.

Se han citado ejemplos de epistaxis graves observados en sugetos tan predispuestos á las hemorragias, que tenian numerosas pérdidas de sangre por diferentes vias, ya al mismo tiempo, ya á cortos intervalos. No se ha descubierto aun la causa de esta *diátesis* hemorrágica, y llamándoles *hemorragias constitucionales* solo se ha comprobado el hecho sin dar la menor luz sobre esta cuestion. ¿Estas epistaxis son debidas á un estado particular de la sangre, á una congestion exagerada de la mucosa, ó á su demasiada permeabilidad? Estos son otros tantos problemas que es imposible resolver.

2.º Causas ocasionales.

Si hemos tenido dificultad en describir las causas predisponentes de la epistaxis, aun la tenémos mayor para hallar sus causas ocasionales. Yo sé muy bien que todos los autores han dado una larga lista de ellas, y que si queremos contentarnos con aserciones es fácil satisfacerse; pero si se buscan pruebas, se encuentran muy pocas, de suerte que de diez y nueve observaciones de epistaxis muy graves, y cuya causa hubiera debido fijar la atencion del médico, seis solamente indican las causas ocasionales á que se podia atribuir la hemorragia. En las otras nada induce á creer que se han indagado, ni aun se ha hecho mencion alguna de ellas. Por lo tanto voy á limitarme á indicar, sin salir

1 Fii. Hoffmann, *lug. cit.*, § XII.

Digitized by Google

garante de su realidad, aquellas causas bajo cuya influencia se cree generalmente que se produce la epistaxis.

Epistaxis idiopática. Se ha creido encontrar la causa ocasional de esta hemorragia en la *insolacion,* en la permanencia mas ó menos prolongada en un sitio cuya *temperatura es elevada,* en *el uso inmoderado de las bebidas calientes*, *aromáticas*, y sobre todo de las *alcohólicas*, en los *trabajos mentales* demasiado seguidos, en un *ejercicio penoso*, en los *grandes esfuerzos de la voz*, en violentos *estornudos,* en una fuerte *contrariedad*, un *golpe*, el uso del *tabaco*, la *titilacion de las aberturas de la nariz, etc., etc.* Es muy posible que muchas de estas causas tengan gran parte en la produccion de la epistaxis ligera; pero en cuanto á la epistaxis grave, hé aquí lo que se ha verificado en seis de los diez y nueve casos que he reunido. Dos sugetos despues de haber tomado una enorme cantidad de *bebidas alcohólicas,* han tenido una hemorragia que ha hecho peligrar su vida. Otro estuvo sometido á una *insolacion* prolongada y abusó de los placeres venéreos; el cuarto ha tenido una viva *afeccion moral;* el quinto se habia entregado sin cesar durante muchos dias á *trabajos mentales*, y el sesto habia recibido un *golpe* en la nariz. ¿Mas es permitido deducir consecuencias generales de hechos tan variados y tan poco numerosos?

Algunas veces, y de ello tengo un ejemplo á la vista, la supresion repentina de las reglas es seguida muy pronto de una epistaxis; por consiguiente se puede mirar á la *supresion del flujo menstrual* como una causa determinante de la hemorragia nasal; pero en cuanto á cualquier otro flujo hay que dejarlo en duda, porque si existen algunas pruebas en favor de esta opinion estan lejos de ser numerosas. Únicamente en un sugeto cuya observacion refiere Fabricio de Hilden (1) sobrevino una epistaxis grave despues de la *supresion de un flujo sanguíneo* que se efectuaba en ciertas épocas del año por la rotura de algunas varices de las piernas.

Entre las causas de la epistaxis se han incluido tambien las *calenturas intermitentes*, y Morgagni esplicaba, por el infarto de las vísceras abdominales, la congestion de la pituitaria y la hemorragia que es su consecuencia. En un solo caso se manifestó

(1) Obs. XIV. Cent. II. *De periculosa hæmorrhagia narium in sene.*

Digitized by Google

una epistaxis *abundante* en el curso de una calentura intermitente, y no se hace mencion del estado del bazo.

Finalmente, se han citado *epidemias* de epistaxis. Morgagni (Epíst. XIV) refiere una que hizo perecer á un gran número de habitantes de la Etruria y de la Romanía; pero no entra en suficientes pormenores para que se pueda decir si la hemorragia era idiopática ó sintomática de una afeccion general.

Epistaxis sintomática. Las causas ocasionales de la epistaxis sintomática, cuando se han podido descubrir (1), no han sido diferentes de las que producen la epistaxis idiopática; solo que por lo general son mas enérgicas en estos casos. Esto es cuanto se puede decir con certeza en el estado actual de la ciencia.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para estudiar los síntomas ¿es necesario dividir, como se ha hecho hasta ahora, la epistaxis en idiopática y sintomática? Sin duda deberia hacerse esta distincion, si como en los cursos de patologia tratase yo de todas las especies de epistaxis, y aun de aquellas que no son mas que un epifenómeno de otra enfermedad. Pero cuando no se trata mas que de un flujo de sangre que por su abundancia y los accidentes consecutivos, adquiere por decirlo asi, la importancia de una enfermedad particular, podemos considerar los síntomas independientemente de su causa especial, teniendo cuidado sin embargo de indicar esta causa cuando se presente la ocasion. ¿Qué ventaja tendriamos en estendernos mucho sobre esta epistaxis que sobreviene tan frecuentemente en la infancia y en la juventud, y que nadie considera como una verdadera enfermedad? Bastará decir de ella dos palabras al hablar de los efectos producidos por la supresion de la hemorragia nasal. ¿Qué fruto sacará el práctico de encontrar estensas consideraciones sobre las epistaxis de las enfermedades febriles, á no ser en la historia de estas enfermedades?

Síntomas precursores. Quizás no hay una hemorragia en la

(1) El lector no debe olvidar que en este artículo no se trata, propiamente hablando, mas que de la epistaxis bastante grave de por sí para reclamar los auxilios del arte.

Digitized by Google

que se hayan encontrado con mas frecuencia los signos del *molimen hæmorrhagicum* que en la epistaxis. Los antiguos han descrito con cuidado estos síntomas precursores; pero como no hacian distincion alguna entre las diversas especies de epistaxis, sin exceptuar las de las enfermedades febriles (*Epistaxis cum febre*, de Fernelio; *Febrilis*, de Sauvages, etc.), de aquí se sigue que entre estos síntomas precursores hay cierto número que pertenecen á la enfermedad principal de que la epistaxis no es mas que un síntoma. En una calentura tifoidea, por ejemplo, no se puede decir, cuando sobreviene una epistaxis, que esta hemorragia ha tenido por síntomas precursores la cefalalgia, los vértigos, el zumbido de oidos, la debilidad general, etc., porque estos síntomas son los de la invasion de la misma calentura tifoidea.

Los síntomas precursores admitidos en la actualidad son los siguientes: comezon interior de las narices, aumento de calor, sequedad de la mucosa, romadizo, pesadez hácia la raiz de la nariz, estornudos frecuentes, algunas veces sensacion de un cuerpo estraño en las fosas nasales, latidos de las arterias temporales, congestion de la cara, brillantez de los ojos, dureza de oido, zumbidos ó silvidos en este órgano, imposibilidad de entregarse al trabajo, pesadez de cabeza, cefalalgia, dureza de pulso, enfriamiento de las estremidades, etc., etc. Tambien se encuentra en la mayor parte de los autores, que estos síntomas no existen algunas veces mas que en un solo lado de la cara; pero en vano se buscaría un hecho auténtico en favor de esta proposicion.

Es cierto que en muchos casos se reconoce la existencia de uno ó de muchos de los síntomas que se acaban de indicar; pero cuando se examinan atentamente los hechos, no se tarda en convencerse de que hay mucha exageracion en este cuadro, y no se puede ver en él sino un resto de la confusion que ha inducido á los antiguos á atribuir á una enfermedad lo que pertenece á otra. ¡Cuántas veces no se ve sobrevenir la epistaxis sin ninguno de estos signos, y por decirlo asi, sin saberlo el que la padece! Esto es lo que ha reconocido el doctor Kerr (1) y Rochoux, quien sobre este asunto se espresa del modo siguiente (2). «Cuan-

(1) *The Cyclopædiæ of pract. med.*, art. Epistaxis.
(2) *Dictionaire de médecine*, XII, p. 203, art. Epistaxis.

Digitized by Google

do verdaderamente se observan accidentes graves y numerosos, es principalmente en las afecciones agudas, susceptibles de presentar las epistaxis como crisis ó complicacion: entonces los síntomas que la anuncian, la especie de tempestad que la precede, y durante la cual se efectúa, dependen evidentemente mas de la enfermedad principal que del pretendido esfuerzo hemorrágico.»

Esto que es cierto en cuanto á la epistaxis ligera, no lo es menos cuando la epistaxis es bastante grave para comprometer la vida de los enfermos. En efecto, recorriendo los diez y nueve casos de hemorragia nasal de esta especie, no encuentro síntomas precursores mas que en cinco, y aun estos ¿cuales son? En uno el pulso se ha hecho mas fuerte; otro ha tenido algun aturdimiento; el tercero tiene los ojos brillantes y el pulso duro y acelerado; solo el cuarto y quinto han tenido con estos síntomas pesadez de cabeza y un poco de cefalalgia. Mas no por eso se crea que los casos en que no se presentó este corto número de fenómenos, eran ejemplos de la epistaxis que se ha llamado pasiva, porque casi todos los autores han tenido cuidado de decir que la hemorragia era activa, lo que conocian por los fenómenos de escitacion que sobrevenian durante su curso y en el estado de las fuerzas, que no se debilitaban sino despues de una pérdida abundante de sangre. Todo induce pues á creer que se ha hecho mal en generalizar lo que solo se ha observado en casos particulares. Sin embargo, con arreglo á estos síntomas precursores fue formado el famoso diagnóstico de Galeno, tan frecuentemente citado. Pero todos los médicos prudentes se han abstenido de seguir este ejemplo. En cuanto á mí, no puedo menos de aconsejar al práctico que guarde mucha reserva, cuando no tenga para fundar su juicio mas que síntomas tan poco característicos, y que segun la observacion de Rochoux, pertenecen mas bien al principio de una coriza que á una epistaxis inminente.

Como la *epistaxis activa* presenta las mas veces uno ó muchos de los síntomas indicados en el cuadro precedente, se la han asignado como caracteres; pero de ningun modo está probado por la observacion que se pueda establecer una distincion real entre las diversas hemorragias nasales, fundándola en esta sola consideracion. Sin embargo, se deben tener presentes estos prodromos cuando el práctico se ocupe del tratamiento, lo que ya le recordaremos mas adelante.

Digitized by Google

Síntomas durante la hemorragia. El principal y casi único síntoma de la epistaxis es el flujo de sangre por una de las aberturas de las fosas nasales; por lo cual es preciso estudiar con cuidado su abundancia, las propiedades físicas del líquido que sale, la manera con que lo efectúa, etc.

La distincion de la epistaxis en activa y pasiva, ó bien en arterial y en venosa (Riverio), estriba en gran parte en las diferencias que presentaba el flujo de sangre en diversos sugetos (1). Voy pues á presentar la descripcion de la epistaxis segun los autores, buscando no obstante en las observaciones, segun el método que he adoptado, qué confianza se puede tener en sus aserciones.

Despues que uno ó muchos de los síntomas precursores descritos anteriormente han durado mas ó menos tiempo (algunas horas ó muchos dias), ó bien faltando del todo, la sangre empieza á fluir gota á gota, y sale por la abertura anterior de las fosas nasales, ó lo que es poco comun por la aberturas anteriores y posteriores á la vez, y en fin, lo que es mucho mas raro todavía, y debe mirarse como escepcional, solamente por las aberturas posteriores.

En veinte y una observaciones de epistaxis grave, que tengo á la vista, no se ha hecho ni una sola vez mencion de la via que tomaba la sangre para derramarse al esterior.

Tambien se ha notado la *impetuosidad* con que se produce la hemorragia. Segun los autores, es grande en la hemorragia activa, y menor por el contrario en la hemorragia pasiva. Las observaciones que de ellos he tomado nada nos enseñan tocante á esta circunstancia: pero es de creer que la impetuosidad del flujo no era menor en las hemorragias llamadas pasivas que en las activas, porque la pérdida de sangre ha sido igualmente considerable en un tiempo dado.

(1) Sin embargo es bueno saber que Sauvages (*Nosol. method.*, tomo II, p. 284. Amst. 1766) establecia su especie de la hemorragia pasiva sobre otras bases muy diferentes. Segun él, la *hemoragia pasiva* (epistaxis) seria únicamente producida por agentes esternos, tales son: los golpes recibidos en la nariz y en la frente, la introduccion de cuerpos agudos por las aberturas de la nariz, etc. En cuanto à las demas hemorragias llamadas pasivas, les da el nombre de hemorragias de las enfermedades crónicas; pero no se ha admitido esta division.

Digitized by Google

Se ha descrito con cuidado el *color*, el *grado de temperatura* y la *coagulabilidad* mayor ó menor de la sangre, siempre con el objeto de distinguir la hemorragia activa ó arterial de la hemorragia pasiva ó venosa. En ciertos casos se ha visto salir la sangre roja, caliente y muy coagulable, y se ha deducido que habia una hemorragia activa ó arterial; en otros por el contrario, este líquido era pardusco y no se coagulaba, lo que constituye la hemorragia pasiva ó venosa. Se ha dicho tambien que en la primera de estas dos formas se formaba fácilmente una costra mas ó menos gruesa en la sangre; mas los hechos son insuficientes para establecer esta distincion, porque solamente en dos casos se dice que la sangre era clara y se parecia á una serosidad rojiza, pero despues que habia durado algun tiempo la hemorragia. Se ve pues que hasta el presente las observaciones nos dejan sin datos precisos sobre puntos muy importantes, y que si admitimos esta division de la epistaxis en hemorragia activa y pasiva, es mas bien por conformarse con ideas teóricas que en virtud de una demostracion directa. Felizmente el médico tiene para guiarse en su práctica signos positivos, que son independientes de toda teoría, como se va á ver.

La *abundancia* del flujo de sangre es muy variable. En las epistaxis comunes, que no merecen por sí mismas fijar la atencion del médico, y que no tienen importancia sino por su frecuencia, su curso ó su supresion, la hemorragia es poco abundante; pero en la hemorragia nasal grave, de que se trata principalmente aquí, la pérdida de sangre puede ser enorme. Segun algunos autores, la *cantidad* de sangre derramada ha ascendido á diez y ocho, cuarenta y ocho y aun setenta y cinco libras. En las observaciones que tengo á la vista y que son de Foresto, Fabricio de Hilden, Fed. Hoffmann, Latour, etc., no se encuentran ni con mucho cantidad tan considerable, porque cuando se ha valuado la pérdida de sangre, no pasa de seis á doce libras: pero en muchos casos se dice que la sangre corria como un arroyo, ó bien que el flujo continuaba con abundancia hacia ya muchos dias.

Segun los autores, esta abundancia escesiva del flujo es propia esclusivamente de la hemorragia llamada pasiva ó de la sintomática. Esta proposicion, generalmente verdadera, es sin embargo demasiado absoluta, porque en diez y nueve casos de epistaxis bastante abundantes para comprometer la existencia y

Digitized by Google

para exigir prontos auxilios, hay seis que presentaban signos de hemorragia activa, tales como la rubicundez de la cara, la turbacion de la vista, la plenitud y dureza de pulso, etc.

No siempre es fácil determinar el *asiento* preciso de la filtracion de la sangre al través de la membrana pituitaria. Las mas veces se halla en la mitad anterior de una de las dos fosas nasales: en algunas ocupa esclusivamente la parte posterior, y en algunas otras toda la estension de estas cavidades. El doctor Gendrin (1) pretende que la sangre que se estravasa en la superficie de la pituitaria viene muy rara vez de un punto de esta membrana superior á la parte que cubre las alas de la nariz y la convexidad de las conchas inferiores; y añade que «muchas veces examinando con atencion, se puede reconocer por la vista el paraje de donde procede la sangre». Este es un hecho que hay que comprobar, porque este autor es el único que ha aventurado semejante proposicion; pero quedaria por saber si en los casos graves el asiento de la hemorragia es tan limitado y tan accesible á la vista.

El flujo se verifica por la abertura mas inmediata al sitio de la hemorragia. Sin embargo, si el enfermo está en pie ó sentado, y si la cabeza está inclinada hácia adelante, la sangre sale por la abertura anterior, aun cuando tenga su orígen en la parte posterior de las fosas nasales; y si está acostado en supinacion sucede lo contrario. En este último caso, el líquido cae en la faringe, y en seguida es espelido por la boca. En los niños, ó cuando la epistaxis acaece de noche, la sangre puede llegar hasta el estómago y hacer creer por esta circunstancia que existe una hematemesis. Ya volveremos á hablar de este asunto en el artículo del diagnóstico.

Algunas veces se ve que una epistaxis muy abundante se suspende casi repentinamente á consecuencia de haberse formado coágulos en la abertura anterior de las fosas nasales. Entonces se puede creer que ha terminado la hemorragia; pero bien pronto, ya porque se quiten los coágulos, ó porque el esfuerzo de la sangre acumulada los espela violentamente, ya en fin porque el líquido fluya por la abertura posterior y caiga en la faringe, se reproducen todos los síntomas de la hemorragia. Un simple estor-

(1) *Traité phil. de méd. prat.*, Paris 1838, t. I, p. 116.

Digitized by Google

nudo ó la accion de sonarse bastan para hacer volver el flujo de sangre.

Cuando la hemorragia sobreviene en una persona bien constituida, fuerte, pletórica, y presenta algunos signos de congestion hácia la cabeza, el primer resultado del flujo de sangre es causar un alivio notable, y si este flujo es medianamente abundante, produce buenos efectos; pero si la hemorragia se prolonga, sobrevienen síntomas que anuncian un gran peligro, y que se manifiestan principalmente en los casos de epistaxis sintomática, en sugetos débiles, mal constituidos, cloróticos, escorbúticos, etc. Debe indicarse en este artículo estos síntomas, aunque son propios de todas las hemorragias abundantes. La cara se pone pálida, y poco tiempo despues pierden el color los tegumentos de las demas partes del cuerpo. Las estremidades se enfrian, sobrevienen horripilaciones, y si el cuerpo se cubre de sudor, es un sudor frio. La debilidad es estrema, los sugetos acostados de espaldas apenas tienen fuerza para moverse. En un caso se encontró al enfermo tendido en el suelo en medio de la sangre que habia derramado, y aunque no estaba privado de conocimiento, le era imposible levantarse. Por último, lipotimias mas ó menos numerosas vienen á hacer estos síntomas aun mas espantosos.

En algunos casos la pérdida de sangre, aunque muy poco abundante para producir tan graves accidentes, ha sido sin embargo bastante considerable para ocasionar languidez, debilidad, palpitaciones de corazon á la menor causa, inapetencia ó un apetito caprichoso, digestiones difíciles, y en una palabra, todos los signos de una gran susceptibilidad nerviosa. La repeticion de las epistaxis en un tiempo dado causa los mismos efectos, aunque cada hemorragia de por sí no sea considerable para producirlas.

Al mismo tiempo que la hemorragia nasal se efectúa con violencia, se ven en algunos casos petequias y equímosis que se presentan en diferentes partes del cuerpo; estos casos son muy graves. Latour y Pascal han citado algunos ejemplos de esto.

Algunas veces, lejos de ser demasiado abundante, la epistaxis se detiene al parecer demasiado pronto, lo que se conoce en la persistencia de los síntomas que han precedido al flujo de sangre. El médico debe tener siempre fija su atencion sobre este

Digitized by Google

punto; porque en semejante caso casi siempre son necesarios los auxilios de la medicina.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Es sabido que la epistaxis ligera es una hemorragia que durante muchos años se reproduce con intervalos mas ó menos largos, y con mayor ó menor frecuencia segun las estaciones. Algunos sugetos presentan esta hemorragia toda su vida, pero las mas veces cesa despues de la infancia ó la juventud. En algunos casos poco frecuentes, la epistaxis vuelve con intervalos muy regulares pero bastante largos, de lo que se ve un ejemplo en una observacion de Taunton (1) ocurrida en sí mismo. La hemorragia que se presentó por primera vez á los nueve años, empezó á tomar el carácter de periódica á los catorce. Se repetia regularmente todos los meses, y á la edad de treinta y seis años, época en la cual el autor escribia, continuaba aun la regularidad. Solo en un corto número de épocas se suprimió el flujo de sangre, y entonces sobrevinieron diversos accidentes cuyo asiento principal era la cabeza. ¿No se puede comparar esta evacuacion con la hemorragia menstrual?

Hay algunos casos raros en que la periodicidad de la epistaxis es mas notable todavía. El intervalo que entonces separa las especies de accesos hemorrágicos, no es en efecto mas considerable que el que media entre los accesos de calentura intermitente. Se encuentra un ejemplo notable de lo que aqui decimos en una observacion recogida y publicada por Bottex (2), en la cual hubo una epistaxis *cotidiana* muy abundante, que volvió por espacio de cuatro dias á hora fija, y duró tres horas cada vez. En el segundo acceso la cara estaba vultuosa, los ojos brillantes y el pulso duro y acelerado. Se administró el sulfato de quinina y tuvo un éxito feliz. Uno de los autores del *Compendium* (3) ha observado un caso análogo y ya hablaré de él mas

(1) *Lond. Med and surg. journal.*, vol IV, p. 489, 1830.

(2) *Compt. rend. des travaux de la Soc. méd. de Lyon*, 1831, p. 36

(3) *Compendium de Médecine pratique, par Monneret et Fleury,* tomo III, p. 438.

Digitized by Google

adelante. En fin, el doctor Millet ha referido una observacion de la misma naturaleza, en la cual la epistaxis era igualmente cotidiana, y cedió inmediatamente al sulfato de quinina (1).

Cuando la hemorragia es bastante abundante para comprometer la vida de los enfermos, es raro que la sangre salga continuamente con la misma fuerza mientras dura la epistaxis. Por momentos se suspende el flujo, ó disminuye notablemente, para volver á empezar muy pronto con nueva violencia; siendo por lo general en las hemorragias nasales pasivas en las que el flujo presenta mayor uniformidad.

En tres casos de epistaxis mortal que he tenido á la vista, el flujo de sangre, que habia sido muy intermitente, se reprodujo pocos instantes antes de la muerte, y arrebató á los enfermos.

La *duracion* de la epistaxis ligera es, como todos saben, muy corta; en estos casos basta que dure un cuarto de hora ó veinte minutos para mirarla como larga. En cuanto á la epistaxis grave se prolonga mucho mas tiempo; pero es necesario hacer una distincion. Si se considera la duracion total de la epistaxis sin tener en cuenta las intermitencias irregulares que las mas veces presenta, se halla que esta hemorragia puede durar desde algunas horas hasta quince y veinte dias, reproduciéndose cierto número de veces en las veinte y cuatro horas. Pero si se calcula la duracion de cada una de estas apariciones mas ó menos frecuentes del flujo de sangre, se ve que si persiste tres ó cuatro horas puede considerarse como de mucha duracion. En semejante caso es raro que los síntomas generales no sean alarmantes en el mas alto grado.

Cuando la epistaxis se termina felizmente, sin aplicar medicamentos tópicos, se ve que la hemorragia disminuye poco á poco; y si existen síntomas generales, se disipan en parte. Asi el calor aparece de nuevo en las estremidades, el pulso se desarrolla y el abatimiento es menos considerable. Cuando los medios empleados llegan á contener mas ó menos repentinamente la hemorragia, se observan los mismos signos favorables; pero en ambos casos si la pérdida de sangre ha sido abundante, persiste la debilidad bastante tiempo.

(1) *Epistaxis que sobrevenia todas las mañanas á la misma hora.* (Journal des Conn. méd. chirurg., Agosto de 1844.

Digitized by Google

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Gendrin ha indicado como únicas lesiones orgánicas propias de las epistaxis de corta duracion, la tumefaccion y la inyeccion de la mucosa. En las epistaxis crónicas dice, que ha visto una inyeccion tal de los capilares, que estos vasos estaban como varicosos.

En los tres casos de epistaxis mortales que tengo actualmente á la vista, no se han hallado mas alteraciones que el engrosamiento de la mucosa, y esto solo una vez (1). En otro sugeto, las fosas nasales y los senos maxilares estaban llenos de un coágulo sanguíneo, en parte blanco y semitrasparente; pero la pituitaria estaba intacta. En el tercero observado por Felix Pascal (2), las fosas nasales no presentaban ninguna alteracion.

Asi pues se puede decir que no hay lesion orgánica que sea propia de la epistaxis; pero si no se encuentra nada en las fosas nasales, se ven en otras partes del cuerpo algunas lesiones que no carecen de importancia. Algunas veces, en diversos puntos de los tegumentos, se ven equímosis mas ó menos profundas, debidas á una infiltracion de sangre en el tejido celular subcutáneo; otras veces son simples petequias. En un caso, presentado á la sociedad anatómica, he visto estravasaciones sanguíneas que formaban manchas de diverso grandor en todos los órganos y aun en las paredes del corazon. Es pues mas que probable que en estos casos, que forman parte de las epistaxis tan graves de que se ha hablado mas arriba, hay una alteracion de la sangre; pero no se ha comprobado rigurosamente todavía en qué consiste esta alteracion.

La decoloracion observada durante la vida en los tegumentos, existe despues de la muerte en todos los tejidos; los vasos estan vacíos, en una palabra, se encuentra este estado exangüe de todo el cuerpo, que es el resultado de las grandes hemorragias.

(1) *Case of death by inanition from spontaneous hemorrhagy, by* James Bonnar (*Edin. Med. and surg. Journ.* 1822).

(2) *Epist. pas. seguida de la muerte. Nouv. Journ. de méd.*, t. VIII, p. 18, Mayo de 1820.

Digitized by Google

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. El diagnóstico de la epistaxis, considerado de un modo absoluto, no presenta dificultad alguna ; pues la salida de la sangre al esterior basta para hacer desaparecer todas las dudas; pero puede ser necesario resolver algunas cuestiones delicadas de las que me voy á ocupar.

1.° *¿Se puede diagnosticar una epistaxis por los síntomas precursores?* Si los síntomas de congestion, la turbacion de la vista, el aturdimiento, la pesadez de cabeza, la comezon, el picor en las narices, sobrevienen en un individuo que ha padecido epistaxis, en una época bastante distante de una hemorragia anterior, y en una estacion en que esta afeccion es frecuente, se puede preveer la aparicion del flujo sanguíneo; pero aun en este caso es preciso ser muy reservado. En cualquiera otra circunstancia es preciso abstenerse de formar juicio alguno.

2.° *¿Cuando la sangre deja de salir por las aberturas anteriores de la nariz, se puede saber si se ha detenido completamente, ó si fluye aun en la boca posterior?* Por lo comun los enfermos arrojan la sangre por espuicion, y entonces no hay dificultad alguna; pero si la epistaxis se verifica en un niño ó en una persona privada de conocimiento, es menester observar si hay movimientos de deglucion, y abrir cuanto se pueda la boca del enfermo. Si el flujo de sangre continúa, se ve que este líquido desciende á manera de cascada sobre la pared posterior de la faringe.

3.° *Cuando la sangre ha sido tragada, lo que se puede verificar durante el sueño, es algunas veces arrojada por el vómito, y entonces ¿cómo se ha de distinguir la epistaxis de la hematemesis?* Se inspecciona con cuidado la abertura anterior de las fosas nasales y la faringe. Por este medio se descubre el orígen de la hemorragia, si persiste todavía, por ligera que sea. Si ha cesado se encuentran todavía coágulos mas ó menos consistentes en estos órganos; por otra parte, es bien dificil que no se hayan adquirido suficientes noticias para desvanecer las dudas. Ademas de eso, la falta de todo síntoma anterior de padecimiento de las vias digestivas auxiliará para hacer el diagnóstico.

Digitized by Google

Los mismos signos harian distinguir la espuicion de sangre que proviene de una epistaxis, de la hemotisis que se verifica sin grandes esfuerzos de tos, y por un simple movimiento de espiracion. Ademas, el estado de la sangre cuajada en coágulos negros y no mezclada con los esputos, servirá para apartar la idea de una hemotisis, y finalmente, los signos suministrados por la percusion y la auscultacion completarán el diagnóstico que puede resumirse de la manera siguiente.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de los síntomas precursores de la epistaxis y de la coriza intensa, en su principio.*

SÍNTOMAS PRECURSORES DE LA EPISTAXIS.	CORIZA AGUDA INTENSA AL PRINCIPIO.
Pesadez de cabeza mas notable que el dolor.	*Cefalalgia* mas bien que simple pesadez de cabeza.
Turbacion de la vista que consiste en ver chispas, los cuerpos teñidos de rojo, etc.	*Impresion* desagradable producida por la luz, lagrimeo.
Algunas veces *zumbidos* de oidos.	Faltan los *zumbidos* de oidos.
La pituitaria está mas bien *húmeda* que seca.	*Sequedad* notable de la pituitaria.

Nunca repetiré demasiado que este diagnóstico es dudoso, que solo está fundado en gradaciones con frecuencia engañosas, y que no tiene un verdadero valor, sino cuando los signos considerados como precursores de una epistaxis sobrevienen en un individuo que ha padecido esta hemorragia, y en una época en que se debe esperar su repeticion.

2.° *Signos que anuncian que el flujo de sangre, aunque no aparezca ya por la abertura anterior de las fosas nasales no se ha terminado aun.*

El *pulso* no se desarrolla, antes por el contrario se vuelve mas pequeño y concentrado.

El *enfriamiento* de las estremidades persiste y aun se aumenta.

Sudor general frio.

Movimientos de deglucion mas ó menos marcados.

Digitized by Google

Cuando se observan estos signos, es preciso examinar la faringe, y se ve que la sangre corre á manera de cascada. Cuando el sugeto tiene aun bastante fuerza para arrojar la sangre por la boca, el diagnóstico no ofrece dificultad alguna, y los signos precedentes son inútiles.

3.° *Signos distintivos de la epistaxis y de la hematemesis, cuando la sangre despues de haber sido tragada es arrojada por la boca.*

EPISTAXIS.	HEMATEMESIS.
Commemorativos: No hay síntoma alguno de *padecimientos de las vias digestivas.*	*Commemorativos*: con frecuencia existen síntomas anteriores de padecimientos del *estómago,* dolores, trastorno en las digestiones, etc.
Hemorragia nasal antes del vómito de sangre.	Vómito de sangre sin que preceda *hemorragia nasal.*
Vestigios de sangre, coágulos blandos ó secos en las fosas nasales.	No aparecen *vestigios de sangre* en las fosas nasales.

Sin embargo algunas veces la hematemesis es tan abundante, que una parte de la sangre sale por la nariz, y en este caso si llega el médico en el momento en que la hemorragia sea menos fuerte, pudiera encontrar en las fosas nasales vestigios de sangre, lo que seria muy á propósito para inducirle á error. La simultaneidad del flujo por la boca y la nariz y los demas commemorativos facilitarán este diagnóstico que es importante, porque la hematemesis es una enfermedad mas temible que la epistaxis.

4.° *Signos distintivos de la epistaxis y de la hemotisis en circunstancias semejantes á las precedentes.*

EPISTAXIS.	HEMOTISIS.
La sangre es arrojada por *simples esfuerzos de espuicion* ó á consecuencia de una tos ligera.	La sangre es arrojada en grandes cantidades despues de esfuerzos de tos.
Sangre *negra*, muchas veces en coágulos.	Sangre *rutilante y espumosa.*

Digitized by Google

Los mismos commemorativos que anteriormente.	Los mismos commemorativos que anteriormente.
Falta de signos de *tubérculos* á no ser que haya una coincidencia.	*Signos de tubérculos* obtenidos por la *percusion* y la *auscultacion.*

No tengo necesidad de añadir que para elevar á un grado de certeza, á que estan lejos de haber llegado todavía, estos diagnósticos diferenciales, se los debe estudiar con mas cuidado y método que lo que se ha hecho hasta el presente.

Pronóstico. El pronóstico de la epistaxis es mas importante que el de otras muchas enfermedades, porque el práctico puede tener dos indicaciones opuestas que llenar. En efecto, unas veces hay que apresurarse á contener el flujo de sangre, y otras le debe respetar si es que no hay que favorecerle. Se ve bien cuánto importa conocer la gravedad que presentan los diversos casos de epistaxis, antes que sea demasiado tarde para poner en uso los medios apropiados para las diferentes indicaciones.

No me ocuparé mucho de la epistaxis ligera que se reproduce con intervalos variables. Cuando estos intervalos no son demasiado cortos, la epistaxis, lejos de presentar inconvenientes, tiene ventajas marcadas, porque previene el estado de congestion que constituye lo que se ha llamado *molimen hæmorrhagicum.* Cuando los intervalos se acortan notablemente, tambien puede sobrevenir al cabo de cierto tiempo un peligroso estado de anemia, ó lo que es mas grave todavía, una epistaxis muy abundante, porque en muchas de las observaciones que tengo á la vista, veo que el número de epistaxis, que han precedido á la que han puesto en peligro la vida de los enfermos, se ha hecho considerable en un tiempo dado. Por otra parte, en tres casos de diez y nueve ha sucedido lo contrario; es decir, que una epistaxis muy abundante y muy grave ha sido seguida de una supresion prolongada de la hemorragia nasal habitual. Asi pues, dos estados enteramente diferentes pueden producir el mismo accidente. Declarada la epistaxis abundante y grave ¿se puede determinar su gravedad? ¿En un principio se puede preveer el grado de dificultad que habrá para contenerla, y juzgar si es útil ó no detener lo mas pronto posible el flujo de sangre? Tales son las cuestiones que se trata de examinar.

Digitized by Google

1.° Segun los autores, la epistaxis activa se detiene mas fácilmente que la pasiva. Esta proposicion sin embargo, me parece algo absoluta, pues es muy posible que al principio de la hemorragia, cuando la sangre tiene todavía gran tendencia á coagularse, los esfuerzos del médico sean favorecidos por esta circunstancia. Pero cuando la sangre ha fluido abundantemente, se vuelve serosa, corre como el agua, para servirme de la espresion de los autores, desde entonces ya no hay diferencia entre la hemorragia activa y la hemorragia pasiva. Mas por desgracia, precisamente entonces es cuando es llamado el médico y cuando debe dar su pronóstico. En las observaciones que tengo á la vista, las hemorragias han sido tan rebeldes á los medios hemostáticos, cuando habian sido precedidas de signos de congestion en sugetos pletóricos como cuando no habian presentado ninguno. Ni aun se deberia confiar con seguridad, cuando la epistaxis sea supletoria de un flujo habitual como los menstruos, porque los hechos, y especialmente el que ha referido el doctor Fricker de Horb (1), prueban que aun en semejante caso la hemorragia por su abundancia y duracion puede llegar á ser mortal.

2.° Sin embargo, se puede decir que la epistaxis que desde el principio está acompañada de la aparicion de petequias en la superficie del cuerpo, es la mas notable de todas; y de ello se puede juzgar por las observaciones referidas en la obra de Latour (2). Todas las que han presentado el síntoma de que se trata son notables por la gravedad de la hemorragia. Entre los casos que he reunido, el único que presentó equímosis subcutáneas ha terminado por la muerte. Asi pues, esta especie de epistaxis es la mas grave, y debe inspirar las mas vivas inquietudes.

3.° Ciertas circunstancias en que se encuentran los enfermos hacen que la epistaxis sea de mayor gravedad. Tal sucede en el caso referido por Richelot (3) en el que el estado de preñez de la enferma ha hecho que la hemorragia sea mortal. Lo mismo sucede con toda enfermedad grave concomitante.

4.° En fin, la epistaxis de larga duracion acarrea la anemia y

(1) *Medicinisches corresp. Blastt. des wurt arzt. Ver.*, octubre 1844.

(2) *Hist. philos. et méd. des causes* etc., *des hémorrhagies*; Orleans, 1815, 2 t. en 8.°

(3) *Union médicale*; t. I, abril 1847.

Digitized by Google

á veces la anasarca como en un caso citado por Castelnau (1). La considerable duracion de esta hemorragia, sobre todo cuando resulta de una disposicion hereditaria, como advierte el mismo Richelot *(lug. cit.)*, hace el pronóstico relativamente mas funesto.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Desde la mas remota antigüedad se ha reconocido el peligro de la epistaxis. Hipócrates (2) habla de una hemorragia nasal escesiva que produce algunas veces convulsiones, y mira á la sangría como muy eficaz en semejante caso. Despues de él, un gran número de autores han mencionado casos muy graves y mortales, y se han imaginado numerosos medios para hacer cesar una evacuacion de sangre tan alarmante. Voy pues á enumerarlos.

1.° *Evacuaciones sanguíneas.* En todas épocas se ha usado la *sangría.* Rhazes, Avicena, Fernelio, Foresto, etc., etc., la recomiendan muy particularmente. Algunos de estos autores han llegado á decir que la sangría practicada en el brazo del lado enfermo era la mas ventajosa; pero en el dia esta opinion no tiene ningun valor. Foresto (3) ha aconsejado mucho la *sangría del pie*, y algunos prácticos la miran como mas útil que la del brazo. Por último, se ha propuesto la sangría local por medio de *ventosas escarificadas;* pero segun los diversos autores no es el mismo el sitio en que se debe aplicar estas ventosas, pues Fernelio (4) quiere que se apliquen en la region del hígado, Lázaro Riverio en los dos hipocondrios, y otros entre los dos hombros.

¿Qué valor tienen estos medios? Los autores que los han preconizado no han citado hechos, y en las observaciones de epistaxis grave que tengo á la vista, la hemorragia no se ha contenido por las emisiones sanguíneas que han sido hechas en casi todos los casos. ¿Pero se seguirá de aquí que las emisiones no son útiles? Esto es lo que estoy lejos de pretender; pero á pesar de la autori-

(1) *Arch. gén de méd.*, 4.ª serie, Paris 1844, t. V, p. 141.
(2) *Prædit.*, lib. I, sect. II.
(3) Lib. XIII, *De nasi affectibus.*
(4) *Path.* lib. V, ch. VII, *Hæm. narium.*

Digitized by Google

dad de Hipócrates se puede dudar que este medio alcance por sí solo. Puede ser un auxiliar útil en algunos casos, cuando el pulso á pesar de la pérdida de sangre permânece lleno y duro, cuando la cara está roja y vultuosa, en una palabra, cuando persisten los signos atribuidos á la hemorragia activa. En semejantes circunstancias es preciso abrir la vena y abrirla ámpliamente, de manera que se produzca el síncope si es posible. La suspension de la circulacion que se verifica entonces puede bastar, segun algunos autores, para contener el flujo sanguíneo; y en todos los casos favorece la accion de otros medios empleados simultáneamente. El doctor Labat (1) ha citado dos observaciones en las que se ha puesto en práctica este tratamiento con mucho atrevimiento y buen éxito. ¿Mas no es tambien de temer que sobrevenga un síncope mortal? Me parece que no se debe recurrir á este medio sino cuando lleguen á ser infructuosos un gran número de los que van á indicarse.

El sitio en que se ejecuta la sangría ¿tiene alguna influencia en su eficacia? Los hechos enmudecen sobre este punto; los autores no han respondido mas que por afirmaciones; este es pues un problema que debe someterse á una nueva observacion.

2.° *Ventosas no escarificadas, ligadura de los miembros.* El medio que sigue naturalmente á la sangría es la aplicacion de *ventosas no escarificadas* y la *ligadura de los miembros.* Un gran número de autores antiguos han preconizado las primeras. Entre otros citaré á Galeno, Rhazes (2), Avicena (3), Fernelio, Riverio, etc., etc. Se aplicarán estas lo mismo que las ventosas escarificadas, las mas veces entre los hombros ó en los hipocondrios, sobre todo en el derecho. Una observacion del doctor Robbe, de Nogent-le-Rotrou (4) viene en apoyo de la eficacia de las ventosas secas. Se trataba de una epistaxis que sobrevino en una jóven de diez y ocho años, de menstruacion irregular. La hemorragia duraba hacia doce horas, los accidentes eran graves y la cara y los labios estaban descoloridos. Se aplicaron á la vez, veinte y seis ventosas tanto á los pechos (seis) como á los muslos y pantorrillas, y la hemorragia se detuvo inmediatamente.

(1) *Ann. de médecine physiologique.*
(2) *Tract. III,* lib. IV, *De fluxu sanguinis narium,* 1509.
(3) Can. med. lib. III, fen. 5, tract. I. *Epistaxis,* Venetiis, 1595.
(4) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 1839, t. X, p. 323.

Digitized by Google

La *ligadura de los miembros* se practica por encima de las rodillas y de los codos de manera que se limite la circulacion á parte del cuerpo. Fernelio *(lug. cit.)* dice que no usa voluntariamente de la ligadura; ¿pero por qué? esto es lo que no nos esplica. En cuanto á Avicena, llevaba mas adelante que los demas la aplicacion de este medio, porque queria se emplease sobre los testículos del hombre y sobre los pechos de la muger, y añade que la *constriccion* de las orejas es el remedio estremo. Sin embargo, dudamos mucho que ningun médico de nuestro tiempo intente recurrir á esta práctica de Avicena.

Acerca de las ventosas y de la ligadura de los miembros, debemos repetir lo que ya hemos dicho de la sangría. No hay hechos que demuestren que empleadas solas contra la epistaxis hayan bastado para detener la hemorragia; mas es de creer que no dejen de tener alguna utilidad. No es necesario decir que las *ventosas* del Doctor Junod, aplicadas en miembros enteros, tendrian mas accion; pero por desgracia la mayor parte de los prácticos no pueden tener estos aparatos, y la observacion no ha pronunciado aun su fallo sobre su eficacia real.

3.° *Frio.* Simultáneamente con los medios precedentes, ó por mejor decir, antes que á cualquier otro remedio, se ha acudido en todos tiempos á las aplicaciones frias sobre la superficie del cuerpo, y en prueba de ello pudiera citar á todos los autores que han escrito acerca de la epistaxis. Uno solo, entre los que tienen grande autoridad en la ciencia, se esceptúa de esta regla: este es Fed. Hoffman, cuyo tratamiento en esta enfermedad espondré mas adelante. Vamos ahora á decir como se aplica el frio para detener la hemorragia nasal.

El primer cuidado que se debe tener es desnudar al enfermo y ponerle casi desnudo en un parage fresco y ventilado; en seguida se hacen aplicaciones de un líquido frio, ya al mismo punto por donde sale la sangre, ya en otras partes del cuerpo. Fabricio de Hilden *(lug. cit.)* aconseja meter todo el cuerpo en un baño frio; pero generalmente no se sigue esta práctica; sin embargo, este autor cita un caso (obs. XVII) en que la sangre no empezó á contenerse sino en el momento mismo en que se introdujo al enfermo en el baño. Fernelio *(lug. cit.)* se contentaba con rodear el cuello, cara y sienes de unos lienzos empapados en oxicrato, que tenia cuidado de re-

Digitized by Google

novar en cuanto se calentaban. La mayor parte de los autores que le han seguido han obrado de la misma manera. Foresto y Sydenham (1) recomiendan estas aplicaciones á la nuca.

Fernelio ha indicado tambien que el *escroto* es un sitio en que son muy eficaces las aplicaciones frias en un caso muy grave. Roberto Kinglake (2) ha aplicado el frio sobre este parage con tan buen éxito, que la hemorragia, que habia resistido á un gran número de medios, se detuvo en el acto y no volvió mas. Este autor cita un caso semejante referido por Diemerbroeck, y se encuentra otro tercero en la obra de Latour tomado de Daniel Winclero. Segun refiere Kinglake, se sintió en el momento de la aplicacion una conmocion en toda la economía, que hizo cesar inmediatamente el flujo de sangre. Aunque los hechos en favor de este medio no sean numerosos, son bastante notables para inducir á los prácticos á que recurran á él con presteza y cierta confianza.

Los autores no han indagado cuál seria en la muger el sitio de eleccion análogo al que han elegido en el hombre para las aplicaciones frias. Si se considera que se trata de producir una sensacion fuerte y repentina, una conmocion de la economía, segun la espresion de Kinglake, nos veremos inducidos á hacerlas sobre las mamas que son mas impresionables que las demas partes del cuerpo. Por los mismos motivos parece preferible usar el frio en aplicaciones repentinas, de corta duracion y separadas por intervalos que permitan que la piel recobre su primera temperatura, que mantener aplicados sin interrupcion líquidos frios sobre las partes; y bajo este punto de vista es como pueden ser muy ventajosas las *afusiones frias*. Sin embargo, no las menciono sino como una indicacion probable, á fin de que las juzgue la esperiencia. Sydenham empleaba las lavativas frias con el mismo objeto que las aplicaciones frias al esterior, y á la verdad este medio merece fijar la atencion de los prácticos. Por último se han propuesto las inyecciones de agua fria por las aberturas de la nariz (Rhazes); pero este precepto ha sido muy poco seguido.

El doctor Voillemier ha conseguido un resultado feliz en un

(1) *Op. omn. Hæmorrhagia uarium,* cap. VII, p. 177.
(2) *The Med. and phys. Journ.* London, 1809, t. XXII, p. 327.

Digitized by Google

caso grave, con un medio bien sencillo que debe mencionarse. En un niño que habia perdido una enorme cantidad de sangre por la nariz, y en el cual se habian empleado sin la menor ventaja la mayor parte de los remedios mas activos, Voillemier ideó cubrir la frente con una compresa sobre la cual vertió de pronto un frasco que tenia *éter*. El enfriamiento repentino que produjo contuvo inmediatamente la hemorragia. Es, pues, un medio que no debe olvidarse.

Líquidos usados en las aplicaciones frias. Estas aplicaciones se hacen principalmente con diversos líquidos: lo mas comun es valerse del agua naturalmente fria, ó *agua de pozo recien sacada*. Rhazes recomienda el *agua de nieve;* pero si se puede tener hielo llena mejor la indicacion; solo que en lugar de dejarle constantemente aplicado como se hace por lo general, seria mejor aplicarle en diversas veces, de suerte que se produjese cada vez una viva sensacion de frio. Los antiguos usaban con preferencia el *oxicrato;* pero solo cuando se haya de hacer con él inyecciones en las fosas nasales: no se ve qué ventaja puede haber en servirse de este líquido, porque lo que únicamente se quiere es producir frio en la superficie del cuerpo. Lo mismo decimos respecto de los demas líquidos que se han sustituido al agua pura. No obstante, creemos oportuno dar á conocer una especie de medicamento que los antiguos llamaban *anacollema*, y que consistia comunmente en un líquido compuesto que se aplicaba á la frente por medio de compresas. La composicion que propone Foresto (*lug. cit.* obs. XII) es la siguiente:

℞	Agua de rosas.............	120 gram. (℥jv) (1).
	Vinagre rosado............	45 gram. (℥jß)
	Bol arménico..............	4 gram. (ʒj)

Se empapa un lienzo en este líquido frio, se le aplica á la frente y se le renueva cuando empiece á calentarse.

Este líquido, ¿obra sobre la hemorragia por el frio que pro-

(1) He traducido todas las fórmulas que he tomado de los antiguos, y he reemplazado en lo posible los términos que ya no se usan por espresiones modernas; he espresado las dosis en números decimales. Las mismas observaciones son aplicables á las fórmulas sacadas de las obras escritas en idioma estranjero: haciéndolo así, he querido ahorrar á los prácticos un trabajo largo y penoso, al mismo tiempo que he introducido en la parte terapéu-

Digitized by Google

duce ó por la virtud hemostática atribuida á las sustancias que entran en su composicion? Solo puede decirse que entre los antiguos el bol arménico era considerado como un poderoso hemostático.

4.° *Estípticos* y *astringentes*. Es muy raro que con los agentes terapéuticos indicados no se haga uso de sustancias cuya aplicacion sobre la mucosa por la que se verifica la hemorragia, condensa su tejido y contiene de este modo el flujo de sangre. En estos casos se usan con mucha frecuencia los *estípticos*, y entre ellos ocupa el primer lugar el *oxicrato*. Este líquido, que se puede emplear en inyecciones ó hacerle aspirar fuertemente en lo interior de las fosas nasales, se compone de:

℞ Vinagre fuerte....................... 1 parte.
Agua comun .... 5 partes.

Para que sean mas eficaces las inyecciones se debe usar el líquido muy frio, y si es posible helado. El *agua de Rabel* y el *agua estíptica de Weber* pueden reemplazar ventajosamente al vinagre, pero es menester usarlos á menor dosis. El agua de Rabel se compone de

℞ Acido sulfúrico á 60°................ 1 parte.
Alcohol á 36°....................... 3 partes.

Se añade poco á poco el alcohol al ácido, se deja en reposo durante tres dias, y se decanta en un frasco con tapon esmerilado.

Para hacer las inyecciones se toman:

℞ De este líquido....................... 1 parte.
Agua comun....................... 3 partes.

Lechinos, mechas, etc. *empapados en líquidos estípticos.* Se puede aplicar los *estípticos* sobre la superficie que da la sangre por medio de una pequeña mecha, como se hacia en otro tiempo. Fernelio recomienda el siguiente procedimiento:

tica de esta obra mas uniformidad, para que su lectura sea mas fácil y provechosa. Debemos tambien advertir que nos ha servido mucho para nuestro trabajo el *Lexicum medicum* de Blancard, la *Farmacopea universal* de Jourdan (2.ª edic. 1840, 2 v. en 8.°), y sobre todo el escelente *Diccionario* de *Materia y de Terapéutica general* de Merat y Delens. (Paris, 1829—1846. 7 vol. en 8.°)

Digitized by Google

℞ Vitriolo quemado (sulfato de hierro calcinado)................ 2 gram. (ʒß)
Calcitis calcinada............. 1 gram. (18 g̃)
Agua de llanten.............. 8 gram. (ʒij)

Se empapa un lechino en esta mezcla y se le introduce en las fosas nasales, comprimiendo el ala de la nariz en el punto en que el cartílago se inserta en el hueso, porque Fernelio suponia que este punto era el asiento de la hemorragia, y procedia así para añadir la compresion á la accion del medicamento. Bien se echa de ver que este procedimiento era el primer paso dado hácia el taponamiento metódico.

Riverio recomienda tambien un medio que á primera vista parece vulgar, pero que sin embargo debe conocerse, porque casi siempre se tiene á mano la sustancia que es necesaria, y porque á veces es muy importante ganar tiempo. Este medio consiste simplemente en empapar en tinta una mecha de algodon y en introducirla por la abertura de la nariz en la que se deja fija. Todo el mundo conoce las propiedades estípticas de la tinta, y por consiguiente concebirá con facilidad cuán útil puede ser en semejante caso.

Sydenham usaba de la misma manera el *bol arménico* y el *vitriolo romano* disuelto en agua comun ó agua de llanten.

Para introducir el doctor Kerr (1) en lo interior de las fosas nasales líquidos astringentes, empapaba en ellos unas pocas hilas que empujaba dentro de la cavidad de donde sale la sangre; asi produce una buena compresion. Este autor aconseja las *soluciones* de *alumbre*, el *sulfato de zinc*, la *tintura de cloruro de hierro* y la *solucion comun* de *acetato de plomo*.

Tambien se han introducido los estípticos y los astringentes en polvo en las fosas nasales. En efecto, se ha aplicado el *sulfato de alúmina*, *el sulfato de hierro* y *el polvo de nuez de agallas* por medio de un dedo ó con una sonda cubierta de un lienzo húmedo sobre el punto de donde se presumia que fluia la sangre; y Kerr afirma que este modo de usar estos medicamentos es inferior al precedente, aunque no presenta pruebas en apoyo de su dicho.

El *tabaco en polvo*, aspirado en gran cantidad, ha producido al parecer iguales efectos en algunos casos citados por Latour;

(1) *Ciclop. of pract. med.*, art. Epistaxis.

Digitized by Google

Riverio y Latour *(lug. cit.)* han citado casos ateniéndose á Rusticus y Paschet, en que la epistaxis se habia detenido con una simple *instilacion de oxicrato en el oido.*

Algunos autores, entre otros Fernelio y Riverio, han recomendado tambien las cataplasmas astringentes que tenian por muy eficaces. Creemos que bastará indicar aquí la que prescribia Riverio.

Cataplasma astringente de Riverio.

℞ Sulfato de cal nativo.................. C. S. Q.
Vinagre.............................. C. S.

Se hace una cataplasma de dos traveses de dedo de espesor y se aplicará á la frente y sienes; se repite nueva aplicacion si la primera no bastase.

El doctor Porta (1) ha referido dos casos con el fin de demostrar que es muy útil administrar el *tanino* en el tratamiento de la epistaxis. Antes de asegurar nada tocante á su eficacia, seria necesario tener mayor número de hechos; en todo caso el tanino obrará de la misma manera en la epistaxis que en las demas hemorragias.

Tal es el conjunto de medios puestos en uso antes de que se hubiese inventado el taponamiento metódico, y á escepcion de algunas modificaciones de una importancia secundaria, se puede decir que se estaba de acuerdo acerca de la utilidad de este tratamiento. Sin embargo, como hemos dicho ya, el célebre Fed. Hoffmann seguia un método muy diferente que indicaremos mas adelante.

6.° *Narcóticos.* Por último, para completar lo que tenemos que decir antes de llegar á los medios que se pudieran llamar mecánicos, añadiremos que los narcóticos, y particularmente el opio, gozaban de gran crédito en los últimos siglos. Hé aquí cómo se esplicaba Riverio acerca de su uso: «Si la afeccion es estremamente rebelde, y si no cede á los demas remedios, es preciso recurrir á los narcóticos, entre los cuales el *laudanum* (2) ocupa el primer lugar. Así pues se prescribirá:

(1) *Annal. univ. di medicina,* marzo 1848.

(2) Por esta palabra debe entenderse el estracto de opio, y no el vino de opio, que todavía no estaba en uso.

Digitized by Google

Láudano (extracto acuoso de opio).... de 10 á 20 cent. (2 á 4 gr.)

ó bien

Jarabe de adormideras.......... 30 gram. (℥j)

en un julepe astringente.

Aunque no hay suficientes hechos en que fundar este tratamiento, he creido oportuno hacer mencion de él con el fin de que se le pueda esperimentar.

Medios mecánicos. Cuando la accion de los medicamentos precedentes no basta para modificar el estado del tejido mucoso, de manera que impida dar fácil salida á la sangre, se procura oponer al flujo un obstáculo puramente físico.

1.° *Insuflacion de polvos absorbentes.* Sin forzar demasiado la analogía, se puede, á mi modo de ver, considerar como un medio de este género el que consiste en introducir en las fosas nasales polvos inertes, absorbentes, destinados á formar en la superficie de la mucosa una capa impermeable á la sangre. Desde Avicena *(lug. cit.)* que ha dado á estos polvos el nombre de *aglutinantes*, hasta nuestros dias, se ha hecho uso de ellos con bastante frecuencia. Este autor se servia de los *polvos de incienso,* á los que insuflaba en la nariz. En un caso muy grave el doctor Brunner (1) empleó del mismo modo y con el éxito mas feliz la *goma arábiga en polvo*. La hemorragia que duraba hacia dos dias en un jóven de diez y nueve años era tan abundante, que el enfermo se habia desmayado muchas veces. Sin embargo, se detuvo en cuanto se hicieron las insuflaciones por medio de un cañon de pluma. La *nuez de agalla*, el *catecú* y las *diversas resinas pulverizadas* pueden llenar la misma indicacion ademas de ejercer la accion que les es propia.

2.° *Comprension directa.* No se debe atribuir á Valsalva, como se ha hecho generalmente, el honor de haber sido el primero que ha tratado de contener la hemorragia, comprimiendo directamente el punto en que los vasos vierten la sangre en la superficie de la mucosa. Fernelio habia recomendado ya, como se ha visto en el pasage citado mas arriba, comprimir con el dedo el punto de reunion del cartílago y del hueso de la pared esterna de

(1) *Lond. Med. repository*, 1827, t. IV, p. 457, *extr. del Diario de Hufeland.*

Digitized by Google

las fosas nasales, y procedia asi con el objeto de que se adhiriese su ungüento sobre la abertura del vaso que convenia cerrar. Valsalva se valió únicamente de la compresion con el dedo, y consiguió asi hacer cesar una epistaxis rebelde (1). Siempre que se pueda reconocer el punto por donde sale la sangre y llegar fácilmente á él, se puede emplear este medio; pero en las grandes hemorragias, que son las que realmente importa contener, no se debe tener la esperanza de hallar las partes en tan buena disposicion. En efecto, entonces parece que toda la membrana es el asiento de la epistaxis, y una prueba de esto es la insuficiencia del taponamiento de la parte anterior de las cavidades nasales; por consiguiente será siempre necesario recurrir al taponamiento metódico.

3.° *Compresion de la carótida primitiva.* En muchos casos, y particularmente en los referidos por el doctor Gibon (2), cuando los remedios mas eficaces han sido inútiles, se ha logrado contener epistaxis abundantes comprimiendo la arteria carótida primitiva. Se encuentra una observacion del mismo género en la *Gaceta de los Hospitales* (enero 1848). Este medio es pues muy útil; porque los hechos referidos por Gibon prueban que cuando la sangre no sale mas que por un solo lado de la nariz, que es lo mas comun, como se ha visto mas arriba, basta para contener el flujo comprimir la arteria carótida del mismo lado.

4.° *Elevacion de los brazos.* Este medio aconsejado por Negrier (de Angers), es todavía mas sencillo que el anterior, y consiste en tener los brazos ó solamente el brazo del lado por el que se verifica la hemorragia levantado sobre la cabeza; y al mismo tiempo se comprime el ala de la nariz por donde sale la sangre; pero algunos hechos citados por Negrier prueban que esta compresion no es absolutamente necesaria. En la época en que este práctico escribia (3), hacia ya tres años que la usaba, y ha visto que jamás le ha dejado de producir buen resultado. El talento observador de este médico es demasiado conocido para que despues de los esperimentos que ha hecho no se dé gran valor á esta especie de tratamiento.

(1) MORGAGNI. *De causis et sed.*, etc., ep. XIV, § 24.

(2) *Gaz. méd. chirur.*, junio 1846.

(3) *Nota sobre un medio muy sencillo de contener las hemorragias nasales.* Archi. gén. de méd. III serie, 1842, t. XIV, pág. 168.)

Digitized by Google

5.° *Taponamiento.* La introduccion de una mecha ó de un lechino empapado ó untado de medicamentos estípticos, era sin duda alguna una especie de taponamiento; pero se esperaba menos la suspension de la hemorragia de la accion mecánica de estos cuerpos estraños introducidos en las fosas nasales, que de la impresion producida sobre la mucosa por las sustancias medicinales. Asi es que no se encuentra en los autores antiguos ningun precepto positivo acerca de la introduccion de estas mechas; no hablan del grosor que deben tener, de su longitud, etc., al paso que llama su atencion la composicion de los medicamentos. Pero la compresion ejercida por el cuerpo estraño fue el único medio que se buscó para contener la sangre, cuando se debió dar mas importancia á estos pormenores descuidados por los antiguos. Veamos pues cuáles son los procedimientos mas generalmente adoptados.

A. *Taponamiento anterior.* Fue empleado por Pelletan (1) y Abernethy (2); pero sus procedimientos se diferencian notablemente entre sí: pasaremos á describirlos empezando por el del cirujano francés.

Procedimiento de Pelletan. Se arrolla unas hilas en forma de lechino sólido, de un volúmen proporcionado á la abertura de la nariz, y se le ata con un hilo bastante largo. Se introduce horizontalmente este lechino, cogido con las pinzas de anillo, ó colocado en la estremidad de un porta mecha, á lo largo del tabique inferior de la nariz hasta la parte mas posterior. Cuando ha llegado allí, se suelta y se sacan las pinzas. Así se introducen sucesivamente muchos lechinos en la misma direccion hasta llenar la cavidad nasal. Se hace otro tanto en el lado opuesto si la sangre saliere por ambos lados. En seguida se tira del hilo que está atado al primer lechino, atando sobre el último como para amontonar todo en la cavidad de la nariz.

Segun Pelletan, no hay hemorragia nasal que no se contenga con este taponamiento, cuando se le hace con destreza, es decir, cuando se introducen los lechinos en una direccion tal que les permita llegar hasta el fondo de la cavidad. Sin embargo, dice,

(1) *Clin. chir.*, t. II, p. 276, 1810.

(2) *Lectures on operative surgery, delivered at Saint-Barth. Hosp.* (*Lancet.*, t. XII, 1826 y 1827.)

la sangre puede dirigirse hacia atrás y continuar fluyendo de un modo alarmante ó caer en el conducto de la respiracion. Para este caso particular, este cirujano propone el taponamiento ántero-posterior con la sonda de Belloc, y termina diciendo: «El taponamiento por la parte anterior llena perfectamente la indicacion cuando se hace con inteligencia, y este procedimiento no incomoda tanto al enfermo como el uso de la sonda...»

Procedimiento de Abernethy. Se toma un cilindro de hilas suficiente para llenar la cavidad nasal, y bastante largo para que ocupe toda su estension desde su abertura anterior á la posterior, y se envuelve con él una sonda, se le moja y se le redondea dándole la forma de una bujía gruesa, hasta que esté duro. En seguida se le introduce por la abertura anterior, haciéndole seguir el suelo de las fosas nasales hasta estar seguro de que ha llegado al orificio posterior; entonces se retira la sonda y se sostiene el tapon en su sitio.

Abernethy afirma que jamás ha visto que continúe la hemorragia despues de esta operacion, y cita un caso en que obtuvo un éxito completamente feliz.

La sencillez de este procedimiento reunida á la eficacia que le atribuye este autor, son poderosas recomendaciones en su favor; pero solo la observacion puede enseñarnos si es preferible ó inferior á los siguientes.

El doctor Calvy (de Tolon) ha aconsejado reemplazar las hilas por la *esponja preparada*, y Morand (de Tours) (1) usa con el mejor resultado una sustancia que se encuentra con facilidad, cual es la *yesca de chopo*. El modo con que procede este práctico ha sido tan útil, sobre todo en los niños, que no puedo menos de darle á conocer.

Procedimiento de Morand (de Tours). Se prepara el tapon que Morand llama hemostático, arrollando un pedazo de yesca de modo que se obtenga un cono prolongado, cuyo volúmen ha de estar en relacion con la cavidad nasal que debe ocupar; se mantiene la yesca en forma de cono, rodeándola con un hilo cuyas vueltas bastante flojas se hallen á gran distancia unas de otras para que no impida que se hinche la yesca. Hecho esto, se

(1) *Recueil des trav. de la Soc. d'Indre et Loire* 1843, y *Mem. et Obs. cliniques, par Morand.* Tours, 1844.

Digitized by Google

le unta con manteca de vacas ó sebo, y se le introduce en la nariz por su estremidad cónica. Entonces se le empuja, dándole vueltas, sin comprimir demasiado, y se le hace penetrar de este modo todo lo mas que sea posible, de suerte que ocupe toda la capacidad de la fosa nasal; finalmente, se le mantiene fijo en su sitio por medio de una tira de tafetan inglés aglutinante ó de espadrapo que pasando por debajo de la nariz vaya á fijarse en sus partes laterales. Al cabo de algunos instantes la yesca empapándose en sangre y mucosidades, se hincha y penetra en las anfractuosidades de las fosas nasales. Desde entonces obra comprimiendo los orificios de los vasos capilares, determina la hinchazon de la membrana mucosa, la condensacion de los tejidos, y por consiguiente la cesacion de la hemorragia, sin que esta vuelva á reproducirse.

El doctor Merat (1) ha recurrido, en un caso muy alarmante, á un taponamiento todavía mas sencillo, puesto que solo consiste en la *introduccion por las aberturas de la nariz de pequeñas bolas de hilas, del volúmen de una avellana,* sin ningun hilo ni preparacion. Se deben introducir estos pequeños lechinos todo lo que se pueda. En el caso que refiere Merat, bastaron cinco ó seis para contener una hemorragia que casi habia aniquilado al enfermo. Pero con este medio tan sencillo ¿se conseguirá el objeto en todos los casos?

Taponamiento ántero-posterior. Oponiéndose la conformacion de las fosas nasales á que el tapon introducido por la abertura anterior se aplique exactamente á sus paredes, se ha debido temer que la compresion fuese ineficaz, y buscar otro medio de impedir la exhalacion continua de la sangre. Se ha encontrado este medio en el taponamiento ántero-posterior, que se practica del modo siguiente:

Descripcion del taponamiento ántero-posterior. Los objetos que se necesitan para esta operacion son:

1.° La sonda de Belloc, que se compone de una cánula de plata, encorvada, que tiene un estilete terminado por un muelle de reloj, cuya estremidad en forma de boton está horadada á manera de ojo. A falta de esta sonda se puede usar una ballena delgada

(1) Nuevo procedimiento de taponamiento &c., *Union médicale* 4 de setiembre de 1849.

Digitized by Google

y flexible, en cuya estremidad se hace un agujero circular; tambien se la puede suplir con una cuerda de guitarra, un alambre de plomo ó de plata, una sonda de goma elástica, y en una palabra, una varilla cualquiera bastante larga y flexible para introducirla por las fosas nasales hasta la faringe, y traerla en seguida hácia adelante hasta que salga fuera de la boca.

2.° Un lechino de hilas bastante grueso para que pueda tapar exactamente la abertura posterior de la fosa nasal, y atado en su parte media con un hilo encerado doble, en cuya asa se ha atado un hilo largo pero sencillo.

3.° Otros lechinos menos gruesos ó simplemente hilas informes.

Colocados todos estos objetos al alcance del operador, se hace sentar al enfermo delante de una ventana, de modo que le dé una luz viva y que apoye la cabeza sobre el pecho de un ayudante. Hecho esto, se introduce en la fosa nasal con la mano derecha la sonda de Belloc, ó lo que ha de reemplazarla, y se la hace penetrar hasta la faringe, donde el índice de la mano izquierda recibe la estremidad del instrumento, y la saca fuera de la boca de atrás adelante. Si se usa la sonda de Belloc, un ayudante empuja el estilete en el momento en que la estremidad de la cánula llega á la faringe, y el resorte sale hasta delante del velo del paladar, pasando por debajo del borde inferior. Entonces se coge esta estremidad, y cuando ya se ha sacado fuera de la boca esta parte del instrumento, se ata bien el hilo doble que tiene el lechino, y estrayendo la cánula ó lo que la haya sustituido, se conduce este tapon, primero de delante atrás á la faringe, y despues de atrás á delante hasta la abertura posterior de la fosa nasal. Mas para que el cuerpo obturador se encaje en ella de suerte que oponga un obstáculo insuperable al flujo de sangre, es necesario tirar con bastante fuerza. Entonces se separan los dos cabos del hilo doble que sale por la abertura de la nariz, y se coloca entre ellos delante de la abertura anterior de la fosa nasal, ya los lechinos, ya las hilas informes que se habian preparado, se llena exactamente toda esta abertura, y se los fija anudando con fuerza los dos hilos que se sostienen levantados y pegados sobre la mejilla, ó con una tira de emplasto aglutinante atados al gorro del enfermo, igualmente que el hilo sencillo que sale por la boca y que sirve para sacar los tapones cuando ya no sean necesarios.

Digitized by Google

Por este procedimiento quedan herméticamente tapadas las dos aberturas de la fosa nasal, y como su cavidad queda libre, sucede lo siguiente: la sangre fluyendo de la superficie libre llena esta cavidad, se coagula é impide así un nuevo flujo. Este líquido, producto de la hemorragia, es en realidad el tapon y el compresor que se opone al esfuerzo hemorrágico.

Como no siempre se puede tener á mano los medios indicados para conducir los hilos á la boca posterior, y puede haber dificultad en obtener pronto uno que convenga, es bueno conocer el modo con que Jacquelin (1), cirujano del hospicio civil de Montereau, ha procedido en semejantes circunstancias.

Modificacion hecha por Jacquelin al taponamiento ántero-posterior. Se toma un hilo retorcido de diez y ocho pulgadas de largo, se arrolla una de sus estremidades de modo que se forme una bola del tamaño de un grano de cañamon y se encera. Preparado así este hilo, se le introduce en la fosa nasal despues de haberla limpiado de los coagulos y de la sangre líquida que contenga. Luego que este hilo ha penetrado todo lo posible, se mandará al enfermo que haga fuertes inspiraciones por la nariz, recomendándole que avise en cuanto sienta que el hilo ha caido á la garganta. Cuanto ya ha llegado á este punto se coge con unas pinzas el hilo que se halla en la faringe, y trayéndole á la boca se continúa el resto de la operacion como se ha hecho anteriormente.

El doctor Jacquelin se ha valido dos veces de este medio con el resultado mas feliz.

La ciencia posee un gran número de casos en que con el taponamiento ántero-posterior se consiguió contener la hemorragia, cuando el taponamiento anterior, y casi todos los demas medios, no habian servido para nada. Latour (*lug. cit.*, obs. 612) refiere uno en el que la estrema fluidez de la sangre, la formacion de muchas petequias y la inutilidad de los medios mas activos, probaban la gravedad de la enfermedad, y en el que solo pudo contener la hemorragia por este taponamiento. Por lo tanto, en los casos en que los autores dicen que se ha practicado sin buen éxito esta operacion, es de creer que no se ha hecho siguiendo los preceptos anteriores, y sobre todo que no ha estado bien hecha.

(1) *Journal de méd. et chir. prat.* t. II, 1831, p. 141.

Digitized by Google

Cuando la sangre es muy líquida, y los síntomas indicados mas arriba anuncian gran tendencia á la hemorragia, es preciso redoblar las precauciones para asegurarse de que el taponamiento queda bien hecho. Si se ve que las hilas se penetran pronto de sangre, y se derraman algunas gotas rastreando, ès que una de las dos aberturas está mal tapada, ya porque los lechinos no tengan bastante volúmen, ó porque no se las haya encajado y apretado bastante; entonces es menester apresurarse á quitar este apósito y volverle á poner mas metódicamente.

Por lo general los tapones pueden permanecer puestos durante dos ó tres dias; pero solo el médico está en el caso de juzgar cuál es la época precisa de quitarlos. Para ejecutarlo se cortan los hilos que sujetan el tapon anterior que se saca con unas pinzas, y por medio del hilo que se ha dejado en la boca, se saca por esta cavidad el tapon posterior. Despues con agua tibia pura ó ligeramente acidulada, se desembaraza la fosa nasal de los coágulos que la obstruian. Para hacer desaparecer la inflamacion ligera que pueda haber en esta cavidad bastan los emolientes.

Este taponamiento ocasiona poco dolor, mas no tarda en producir en la fosa nasal y en los senos maxilares y frontales una sensacion de estorbo, de obstruccion y peso. Sin embargo, no por eso se ha de suprimir el taponamiento. Blandin (1) refiere que en un sugeto vió que se desparramaba la sangre sobre la conjuntiva, despues de haber subido por el conducto nasal hasta los conductos lagrimales, lo que no *impidió que el taponamiento produjese el efecto deseado.* El doctor W. Wansborough (2) ha observado el mismo fenómeno.

En estos últimos tiempos Miguel (de Amboisa) (3) ha propuesto otra especie de taponamiento que es muy ingenioso; se ha empleado muchas veces con éxito feliz y merece ser conocido.

Descripcion del taponamiento usado por Miguel de Amboisa. Se tomará un pedazo de intestino delgado de cerdo ó de otro animal, medianamente grueso, y de unas quince ó diez y ocho pulgadas de largo; se ata fuertemente uno de sus estremos, se corta todo lo que escede de la ligadura y despues se introduce en su cavidad una sonda de goma elástica ó una algalia.

(1) *Dict. de méd. et de Chirurgie prat.*, t. VII, 1831, art. *Epistaxis.*

(2) *The London med. reposit.*, t. X, p. 380, 1818.

(3) *Lancette francaise*, 1834.

Digitized by Google

Cuando ha llegado al fondo que forma la ligadura, el operador se valdrá de ella para introducir esta porcion de intestino en la fosa nasal de donde sale la sangre. Luego que ha penetrado lo suficiente hasta tocar la parte posterior de la faringe, se le llenará de aire soplando por la sonda; por este medio el intestino que se resbala con facilidad por la sangre y las mucosidades, se hincha y penetra en la faringe; entonces el enfermo hace involuntariamente un esfuerzo de espuicion, y la porcion espelida sale á pesar suyo de la boca, porque se dirige hácia este lado con suma facilidad. En esta situacion el enfermo ó un ayudante mantiene la estremidad libre cerca de la abertura de la nariz, despues se coloca otra ligadura á una pulgada de la primera que está á la estremidad, teniendo cuidado de no comprender en este espacio mas que la cantidad de aire suficiente para formar un globo de un poco mas de una pulgada de diámetro.

Hecho esto se saca el intestino haciéndole seguir una direccion inversa á la primera, lo que se verifica sin que el enfermo lo sienta al principio; solo que cuando la porcion comprendida entre los hilos tropieza en la campanilla, se esperimenta un poco de resistencia. Pero si se ha tenido cuidado de no darle demasiado volúmen, atraviesa muy pronto el istmo de las fauces á un ligero tiron, sin que sea menester auxiliarse de los dedos, y va á tapar completamente la abertura posterior de la fosa nasal. Entonces se tira con bastante fuerza para encajarle en ella, y se insufla en el intestino una nueva cantidad de aire, al cual se empuja lo mas que se pueda hácia la nariz, y se pone otra tercer ligadura á los dos tercios de pulgada de este órgano. Si se creyese conveniente, se pueden atar juntos los hilos de las dos estremidades.

Este procedimiento tiene mucha semejanza con el de Martin Saint-Ange (1), el cual tiene con él numerosas analogías, y no es menos ingenioso.

Descripcion del taponamiento propuesto por Martin Saint-Ange. Se toma una sonda recta de plata, de cerca de cuatro pulgadas de larga, ensanchada en forma de cono en uno de sus estremos, y terminada en la otra por un botoncito agujereado. El pabellon ó cono tiene dos ojos colocados en el mismo plano que la llave que se encuentra cinco líneas mas abajo. Mas distante y há-

(1) LAPEYROUX. *Thès.* Paris, 1836, n.° 314.

Digitized by Google

cia su estremidad, el instrumento presenta algunas ranuras circulares en la estension de cerca de una pulgada. Finalmente, un pasador con una lengüeta dirigida en sentido opuesto al pabellon, que separa ligeramente del eje de la sonda, puede por medio de un tornillo de presion encontrar un punto de apoyo en toda la estension de la sonda. Se adapta á la estremidad estriada una vejiguita de conejo, de cochinillo de Indias ó de un gato pequeño, y mejor aun el intestino ciego de un carnero, lo que es mas fácil de encontrar. Se reblandece el ciego sumergiéndole en agua, y se le fija con una ligadura muy apretada sobre las ranuras del instrumento. Para mayor precaucion se sujeta la porcion del ciego que se encuentra comprendida en la ligadura con un hilo que le atraviesa, y que se ata á uno de los ojos del pabellon. Dispuesto todo de esta manera, se humedece la vejiga lo que sea suficiente, se la pliega sobre el instrumento ó bien se envuelve con ella la sonda, y se la introduce en la nariz haciéndola seguir el suelo de las fosas nasales. Al llegar á la estremidad posterior de estas cavidades, se inyecta por medio de una geringuilla, aire ó agua fria en la vejiga; esta se dilata inmediatamente, y cuando esté suficientemente llena se cierra la llave. Hinchada asi la vejiga forma una bolsa ó tapon elástico, que cediendo en todos sus puntos á las tracciones hechas sobre ella por medio de la sonda, se amolda exactamente á la abertura posterior de la fosa nasal. Despues de llenar esta primera indicacion, se introduce unas pocas de hilas ó un pedazo de lienzo en la nariz, y se adelanta el pasador hasta este punto, el cual se fija allí por medio del tornillo. De esta manera estarán perfectamente tapadas las dos aberturas nasales del mismo lado. Cuando se quiere sacar el instrumento, basta abrir la llave y dejar que se vacie la vejiga; tambien se puede graduar la salida del líquido, y dilatando moderadamente la vejiga, arrastrar afuera los coágulos de sangre detenidos en las fosas nasales.

Acerca del valor de este procedimiento, Velpeau (1) se espresa de este modo: «Martin Solon su inventor, ha aplicado con buen éxito este instrumento, del cual Bell y Miguel de Amboisa habian hecho mencion.»

Por mi parte haré observar que semejante aparato tiene el in-

(1) *Médecine opératoire*, 2.ª edic., Paris, 1839, t. III, p. 586.

Digitized by Google

conveniente de aumentar el arsenal ya tan numeroso del cirujano, y que pudiendo hacerse el taponamiento comun con una simple varilla flexible, y aun con un hilo encerado, tiene por lo mismo grandes ventajas sobre él: 1.° porque no obliga al práctico á cargar con un instrumento mas; y 2.° porque puede aplicarse inmediatamente, lo que es indispensable en las hemorragias muy violentas. No obstante, si nuevas observaciones nos hiciesen conocer que los últimos procedimientos eran mas seguros y menos incómodos, no deberán tener ningun valor las objeciones que acabo de presentar. Esto es lo que tienen que decidir los observadores.

Ahora debemos decir alguna cosa acerca de los diversos *medios auxiliares* que se deben poner en práctica en todos los casos sin escepcion, cualquiera que sea el tratamiento que se emplee de los que se han descrito mas arriba; y en seguida daré á conocer ciertas medicaciones que tienen algo de específicas.

Precauciones generales que se deben tomar en los casos de epistaxis grave.

1.ª Se quitará al enfermo todos los vestidos que puedan dificultar la circulacion del tronco y sobre todo la del cuello.

2.ª Se le colocará en una cama dura y fresca, ó segun Fernelio, sobre una capa de paja; y se dará á su cuerpo tal inclinacion que la cabeza esté mucho mas levantada que los pies.

3.ª Se mantendrá una corriente de aire fresco en la habitacion.

4.ª Se evitará que el enfermo haga esfuerzos ó movimientos algo considerables; así pues se favorecerá la defecacion por medio de lavativas emolientes, se le dará de beber con un pistero ó una cuchara, no se le moverá sin una necesidad absoluta, etc.

5.ª Tambien conviene alejar todas las causas de emociones morales.

6.ª Se le deberá tener á dieta durante la hemorragia, y á un régimen severo algunos dias despues, en el caso que se observasen señales de ser activa, y restablecer las fuerzas mas adelante por medio de los *analépticos*.

Por lo general, de todos estos medios auxiliares no hay ninguno que deba desecharse repentinamente.

Digitized by Google

Resúmen y prescripciones. Reasumimos en algunas prescripciones los diversos tratamientos que se han usado en otros tiempos, y que se emplean en parte todavía cuando no parece que la hemorragia es bastante violenta para exigir el taponamiento.

PRESCRIPCION I.

TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS ACTIVA BASTANTE ABUNDANTE PARA COMPROMETER LA SALUD Y AUN LA VIDA.

1.° Para bebida:

℞ Acido sulfúrico á 66°.........	4 gram.	(ʒj)
Agua......................	1500 gram.	(℔iij)

Para beber á vasos añadiendo en cada uno:

Jarabe de goma............	30 gram.	(℥j)

Se tendrá cuidado de menear bien la mezcla para que el ácido no se precipite al fondo, y las últimas dosis sean demasiado fuertes.

2.° Se aplican compresas empapadas en agua fria á la frente, sienes y nuca, y mejor aun á los testículos en el hombre y á los pechos en la muger, renovando con frecuencia estas aplicaciones de manera que produzcan impresiones vivas y repentinas.

3.° Se hace una sangría de ocho á doce onzás, segun la fuerza del enfermo, la que conviene se practique hallándose este sentado y abriendo bien la vena para que salga fácilmente la sangre y se produzca el síncope. Pero es mejor tener que repetir la sangría, que sacar demasiada cantidad de sangre de una vez.

4.° Al mismo tiempo que la sangría, y aun para reemplazarla, se pueden aplicar seis ú ocho ventosas escarificadas á los hipocondrios ó entre las escápulas.

5.° Se hace aspirar fuertemente ó se inyecta en las fosas nasales *oxicrato*, como se ha dicho anteriormente (véase pág. 28).

Tambien se puede hacer uso de las inyecciones con agua de Rabel (pág. 28).

6.° En los casos en que no bastasen estos medios, se introduce en las fosas nasales una mecha de lienzo ó de algodon arrollado, empapada en una mezcla estíptica (véase la de Fernelio, páginas 28 y 29).

Digitized by Google

Fabricio de Hilden empleaba este medio de la manera siguiente:

℞ Harina de cebada............... 90 gram. (℥iij)

Sangre de drago.............	āā 4 gram. (ʒj)
Bol arménico	
Tierra sellada................	
Azafran de Marte (óxido rojo de hierro)...................	
Cáscara de granada...........	

Azúcar espesado de ciruelas silvestres disueltas en vinagre... 30 gram. (℥j)

Se añade:

Clara de huevo y agua.......... C. S.

Para que la mezcla tenga la consistencia de jarabe. Se empapará bien en esta mezcla un tapon largo al que se introducirá en la nariz.

7.° Se administran frias todas las bebidas, y se tiene cuidado de mantener la habitacion lo mas fresca que sea posible.

PRESCRIPCION II.

En un caso casi semejante al precedente.

1.° Se toma á cucharadas y de hora en hora el *julepe antihemorrágico* siguiente:

℞ Acido sulfúrico.............. 15 gram. (℥ß)
Mucílago de goma arábiga..... 300 gram. (℥x)
Jarabe de goma............. 150 gram. (℥v)
Mézclese.

2.° Se coloca al enfermo en un baño, se rocía muchas veces el cuerpo con agua fria, ó bien se le mete en un baño frio.

3.° Se aplican ocho ventosas secas entre los hombros y otras tantas en los hipocondrios (Fernelio, Riverio, etc.), ó bien ligaduras en los cuatro miembros por encima de los codos y de las rodillas.

4.° Se echan una ó dos lavativas frias al dia (Sydenham).

5.° Se hacen inyecciones en las narices con:

℞ Acido sulfúrico............... 10 gram. (ʒijß)
Vinagre destilado............ 500 gram. (℔j)

Digitized by Google

Debe hacerse estas inyecciones con precaucion, observando su accion á fin de aumentar la cantidad de vinagre ó añadir un poco de agua segun que el medicamento sea poco ó muy activo.

Se puede reemplazar el líquido precedente por el que sigue:

℞	Estracto de Saturno........ } Aguardiente................ }	ãã 30 gram.	(℥j)
	Agua de rosas................	300 gram.	(℥x)
6.º ℞	Cal viva......................	4 gram.	(ʒj)
	Sulfato de hierro............	5 gram.	(90 ℈)
	Nuez de agallas..............	10 gram.	(ʒijß)
	Sulfuro rojo de arsénico......	1 gram.	(18 ℈)

Se pulverizará y se mezclará exactamente.

Se empapa en tinta un tapon largo de hilas, se le envuelve en este polvo y se le introduce en la fosa nasal de donde proviene la sangre.

Rhazes ha recomendado este remedio aunque no ha indicado las proporciones. Se puede suprimir el *sulfuro de arsénico*, y emplear en lugar de la tinta otro líquido cualquiera, por ejemplo, el aguardiente.

PRESCRIPCION III.

Tratamiento de Hoffmann.

1.º Prescribe para bebida agua fria, añadiendo tintura de rosas acidulada con el ácido sulfúrico y endulzada.

2.º Se preservará cuidadosamente de la accion del frio el cuerpo, sin esceptuar la cabeza, pero sobre todo los pies.

3.º Se administrará el *licor anodino* de Hoffmann, ya solo, ya unido á un polvo nitroso, y dilatado en suficiente cantidad de agua de fuente.

4.º Si la *epistaxis* ha sido producida por una profunda pesadumbre, se unirán los diaforéticos á los antiespasmódicos y se prescribirá un régimen *diaforético*.

¿Hay casos en que pueda ser util este tratamiento?

TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS INTERMITENTE.

Cuando la epistaxis periódica se verifica con largos intervalos, no reclama ningun tratamiento particular, y las mas veces en lu–

Digitized by Google

gar de combatirla se la debe favorecer, porque su supresion puede causar algunos accidentes. Pero no tratamos aquí de esta especie de epistaxis, sino de la que presenta uno de los tipos conocidos de la calentura intermitente. Los dos casos que hemos citado mas arriba son ejemplos de epistaxis cotidiana y muy regular. En ambos casos la hemorragia, que se habia resistido á otros muchos medios, cesó poco tiempo despues de la administracion del *sulfato de quinina á alta dosis*. Así pues, tanto en la epistaxis como en casi todas las demas enfermedades, el práctico debe tener presente la posibilidad de la intermitencia, que por rara que sea, podria presentarse y quizás bajo la forma de accesos perniciosos. En semejante caso se ordenaria la

PRESCRIPCION IV.

1.° Para bebida : infusion de centaura menor, azucarada.

2.° ℞. Sulfato de quinina.. 6 decigr. á 1 gram. (12 á 20 ℥)

que se toma en tres dosis envueltas en obleas.

Se repite nuevas dosis de sulfato de quinina hasta que hayan cesado completamente los accesos de epistaxis, y se continúa dándole á dosis sucesivamente menores.

TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS POR EL CORNEZUELO DE CENTENO.

Una observacion de G. Negri, que tenemos á la vista, induce á creer que el cornezuelo de centeno puede tener una accion específica en esta hemorragia, del mismo modo que en las hemorragias uterinas. En una muger de sesenta y dos años, duraba hacia ya tres dias una epistaxis tan considerable que la debilidad era estremada, estaba la piel descolorida y habia una concentracion y una aceleracion notables del pulso. En este estado de cosas, y continuando aun la hemorragia con abundancia, el doctor Negri (1) prescribió :

℞ Cornezuelo de centeno.............. 4 gr. (ʒj)

que dividia en doce papeles para tomar uno cada cuarto de hora.

(1) Lond. Med. Gaz., vol. XIII, p. 361, 1834.

Digitized by Google

Poco tiempo despues empezó á disminuir la hemorragia, que cesó luego que la enferma hubo tomado ya los doce papeles.

Entonces dispuso:

℞ Cornezuelo de centeno en polvo.. 3 decigr. (6 g̃)

cuya dosis hacia tomar cada hora.

Al siguiente dia mandó la misma dosis, pero á mayores intervalos.

El doctor Arnal (1) ha referido numerosos casos de hemorragias en que este medicamento produjo feliz resultado.

Tal es el tratamiento que se debe emplear en la epistaxis, no haciendo mencion de ciertos agentes terapéuticos, como los vejigatorios por medio del agua hirviendo (Latour), el cauterio en la planta de los pies (Zacutus Lusitanus), etc., porque su uso no ha sido sancionado todavía por la esperiencia. Igualmente he suprimido algunas fórmulas muy largas y compuestas de una multitud de medicamentos heterogéneos, á causa de su poca utilidad. Respecto al tratamiento del estado anémico que la epistaxis acarrea, se hallará naturalmente en el del estado morboso, debido á diferentes causas, á que se ha dado el nombre de *anemia*.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Epistaxis activa.* Sangrías, ventosas escarificadas ó secas, ligaduras de los miembros.

2.° *Epistaxis activa ó pasiva temible por ser muy abundante.* *A.* Aplicaciones frias y etéreas, estípticos y astringentes líquidos ó secos introducidos en las fosas nasales, bebidas aciduladas, limonadas, julepes, etc., opiados. *B.* Compresion directa, compresion de la carótida, elevacion de los brazos, taponamiento, remedios específicos, sulfato de quinina, cornezuelo de centeno. *C.* Medios auxiliares, posicion, quietud, etc.

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1849, t. XIV, p. 408 y siguientes.

Digitized by Google

ARTICULO II.

CORIZA AGUDA.

Rinitis aguda.

Esta enfermedad es generalmente tan leve, que rara vez consultan al médico los que la padecen. De aquí procede el que realmente no poseamos observaciones de coriza aguda; sin embargo, se halla una descripcion fiel y detallada de sus síntomas, en artículos generales bastante numerosos, lo que se concibe fácilmente si se reflexiona que esta enfermedad es sumamente frecuente, poco grave, y para conocerla á fondo, basta solo observarla ligeramente.

Se ha dividido la coriza aguda en *coriza de los adultos*, en *coriza de los reciennacidos* y en *coriza sintomática*. No trataremos de la última en este artículo por las razones que tenemos ya dadas (*véase el prólogo*). En cuanto á las dos primeras realmente no se diferencian sino en la mayor gravedad que da á la coriza de los reciennacidos la gran estrechez de las fosas nasales en esta primera edad de la vida, pues en el fondo son idénticas. Asi pues, no describiremos separadamente la coriza de los reciennacidos; pero con un fin práctico, tendremos cuidado de manifestar al paso todo lo que puede presentar de interesante en los síntomas, é indicar detalladamente su tratamiento particular.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La coriza aguda es una inflamacion de la membrana pituitaria que recorre rápidamente sus períodos, y á la que en estos últimos tiempos se ha dado el nombre de *rinitis aguda*. En lo sucesivo será preciso atenerse á una de estas dos denominaciones, porque las que se han dado antiguamente á esta enfermedad, tales como *gravedo*, *destillatio*, *resfriado*, *catarro nasal* y

Digitized by Google

romadizo, no espresan mas que la presencia de algun síntoma mas ó menos importante; lo mismo sucede con las denominaciones estranjeras que creo inútil mencionar aquí.

Todos saben que la coriza es en estremo frecuente; en efecto, hay épocas del año en las que se ven afectadas de ella poblaciones enteras, sobre lo que no insistiré por ser un hecho tan conocido.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

La coriza aguda es una de aquellas afecciones en que parece menos necesaria la predisposicion, ó á lo menos en las que es mas difícil descubrirla. Asi, bajo la influencia de las variaciones de temperatura del otoño y de la primavera, se vé que la coriza ataca á un gran número de personas de todas edades, sexo y temperamento, sin que aparezca ninguna circunstancia que haya favorecido particularmente su desarrollo. Sin embargo, se han citado sugetos que estaban tan espuestos á contraer la coriza, que el menor cambio atmosférico bastaba para producirla. En estos casos no se puede menos de reconocer una predisposicion oculta, que no se puede referir á un estado orgánico particular.

Los autores han considerado como causas predisponentes de la coriza la *infancia* y la *juventud*, el *temperamento linfático*, el *vicio escrofuloso*, un estado ordinario de *debilidad*, y la *traspiracion habitual de la cabeza*. En cuanto á esta última causa predisponente, se han citado algunos ejemplos; pero respecto de las demas no tenemos mas que aserciones sin pruebas, y no hay mas razones para admitir su existencia que para desecharla. Se vé pues que, como en todas las flegmasías superficiales no específicas, la accion de las causas predisponentes es muy oscura y deja el campo libre á la accion de las causas ocasionales que vamos á estudiar.

2.° Causas ocasionales.

Si se han investigado estas causas se ha hecho mas bien vulgar y superficialmente, que por una observacion exacta y médi-

Digitized by Google

ca. Sin embargo, por las razones indicadas mas arriba, se ha podido á causa de la sencillez de los hechos, llegar á comprobar de un modo bastante satisfactorio las principales circunstancias en que se contrae la coriza. En efecto, se sabe que esta enfermedad se manifiesta generalmente en las épocas en que hay *transiciones repentinas del calor al frio*, como en la primavera y en el principio del otoño; que la *insolacion*, sobre todo cuando es inmediatamente seguida de la esposicion del cuerpo al frio húmedo, la produce frecuentemente; y que no es menos marcada en su produccion la influencia de las *nieblas*. Estas causas son tan poderosas que es raro que no se deje de sentir su influencia en el transcurso de un año. Por esta razon, durante ciertos meses, hay como unas pequeñas *epidemias* de coriza, que cuando se juntan con bronquitis, anginas, etc., reciben del vulgo el nombre impropio de *grippe*, y se les asemeja á ciertas epidemias de que hablaremos en otro capítulo. El doctor Anglada (1) refiere un ejemplo de coriza mas francamente *epidémico:* despues de una violenta tempestad que se siguió á muchos meses de muy buen tiempo, la mayor parte del ejército francés se vió atacado de coriza. Esta epidemia, de la especie mas simple, se diferenció de las demas epidemias en que la enfermedad no adquirió la intensidad y gravedad que suele acompañarlas.

¿La coriza aguda es *contagiosa*? Se halla bastante generalizada en el público la opinion de que esta enfermedad tiene tendencia á propagarse por el contacto directo, y sin duda el gran número de casos que se manifiestan al mismo tiempo, y en personas que viven juntas, ha contribuido á hacer que se adopte esta creencia. Estaba tan generalmente admitida en Alemania en la época que escribia Crato, que este autor afirma (2) (pero sin citar hecho alguno ni emitir mas que aserciones) que en este pais dificilmente se hubiera hecho beber á alguno en un vaso en el que hubiese bebido un enfermo afectado de coriza. Mas adelante, y apoyándose Bonet en la autoridad de Etmuller (3), ha admitido alguna vez la accion de esta causa; pero

(1) *Du coryza simple. These*, Enero 1837.
(2) *Concil. et Epist.*, lib. II, p. 246; 1595.
(3) *Tesaur. med. prac.*, Ginebra, 1691. *De morb. cap.* lib. II. p. 1067.

Digitized by Google

no hay pruebas directas de ello, y bajo este punto de vista la ciencia carece y probablemente carecerá siempre de datos.

Los autores han considerado como causa de la coriza la *supresion de un flujo antiguo* y la desaparicion de un *exantema;* pero no tenemos hechos que puedan ilustrarnos sobre este particular. Es verdad que se citan algunos en favor de la supresion de una *traspiracion* habitual y principalmente de la *de los pies;* pero es menester distinguir, en los casos en que se ha comprobado bien la existencia de esta causa, si la supresion de la traspiracion ha sido seguida de una coriza crónica y no de una coriza aguda; de suerte que los autores han hecho mal en atribuir esta causa á estas dos formas de la enfermedad.

En fin, se han citado causas muy particulares y raras; pero no indicaré mas que las dos siguientes, para que sirvan de ejemplo: Sant. Aug. Hünerwolff (1) refiere que un hombre se veia atacado de una coriza muy violenta siempre que entraba en un jardin en que hubiese rosales en flor, ú oliese una *rosa.* En otro caso citado por Rostan, aparecia repentinamente una coriza caracterizada por un flujo abundante de moco nasal que no duraba mas que algunas horas despues de una viva *afeccion moral*; pero estos hechos son escepcionales y basta indicar su posibilidad.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los primeros síntomas que anuncian el *principio* de la coriza, son una picazon incómoda y una especie de cosquilleo que producen estornudos, primero de tarde en tarde, y despues de cada vez mas frecuentes. A estos síntomas se agregan muy pronto una sensacion de sequedad y de obstruccion de las fosas nasales, que mueve al paciente á sonarse á menudo, sin que desaparezcan estas sensaciones. Sin embargo, la respiracion está libre, y el padecimiento es solo local.

Síntomas locales. Al cabo de corto tiempo, los síntomas se multiplican y hacen de cada vez mas intensos. En una de las dos fosas nasales, y mas rara vez en las dos, se siente un

(1) *Ephem, nat. cur. dec.*, ann. V, 1712, obs. 22, p. 34.

Digitized by Google

calor acre, y un dolor bastante marcado; al mismo tiempo se establece una secrecion morbosa, que se presenta á consecuencia de estornudos cada vez mas frecuentes. El moco que de ella resulta es líquido, trasparente, sin color, filamentoso y de sabor salado, que se nota cuando fluye por la abertura posterior de las fosas nasales. Entonces la membrana pituitaria se presenta roja é hinchada, igualmente que la piel que cubre la abertura anterior de las fosas nasales; esta rubicundez es debida no solo á la estension natural de la inflamacion por via de continuidad, sino tambien al paso casi continuo del moco acre de que acabamos de hablar.

Mientras que la coriza se halla limitada á la porcion de pituitaria que cubre las fosas nasales propiamente dichas, no hay mas síntomas que los precedentes; pero cuando la inflamacion se estiende á los apéndices membranosos que tapizan las cavidades adyacentes, entonces se observan nuevos fenómenos. Los ojos se ponen inyectados, sensibles á la luz y lagrimosos; lo que es debido á que la inflamacion ha penetrado hasta ellos por el conducto nasal. Al mismo tiempo hay cefalalgia frontal gravativa, que impide que los enfermos se entreguen á sus ocupaciones, y hace dolorosos los estornudos, y aun algunas veces los menores movimientos, lo cual manifiesta que han sido invadidos los senos frontales. Por último, el enfermo esperimenta un dolor bastante vivo en una mejilla, pocas veces en las dos; la piel de esta parte toma un color sonrosado; hay alguna inchazon, y siente un dolor sordo en los dientes del mismo lado, y una sensacion de tension incómoda, que parte de la pared esterna de la fosa nasal, se propaga á la mandíbula superior, y se convierte en un verdadero dolor, cuando el enfermo se suena con fuerza; lo cual es señal de que la mucosa de la cueva de Hygmoro participa de la inflamacion.

De esta manera, auxiliados de los conocimientos anatómicos, esplicamos todos los síntomas que pueden sobrevenir, y desde entonces todas las teorías que hacian depender el flujo nasal de la coriza de la exudacion de un humor que provenia de las membranas del celebro ó de los ventrículos (1), deben ser incluidas entre los sueños que habia sugerido á nuestros

(1) FERNELIO, *Pathol.*, lib. V, cap. VII.

Digitized by Google

antepasados su aficion á las esplicaciones. Boucher (1) fundándose en las diferencias que presenta la coriza segun que ocupa esta ó la otra parte, ha establecido las variedades siguientes: 1.º coriza nasal; 2.º coriza de los senos frontales, y 3.º coriza de los senos maxilares. Se debe conocer estas diferencias, aunque no tienen bastante importancia en la práctica para merecer que se establezca una distincion real entre estas diversas variedades.

Síntomas generales. Al mismo tiempo que los síntomas adquieren el incremento que se acaba de indicar, se desarrolla en cierto número de casos, cuya proporcion no se halla aun exactamente determinada, un movimiento febril por lo general poco intenso. Algunas veces por el contrario, pero mas rara vez, el movimiento febril precede muchas horas á los síntomas locales. Los principales síntomas que caracterizan este movimiento febril son: una ligera aceleracion del pulso y un poco de calor, la agravacion de la cefalalgia, inquietud, algunas veces un ligero insomnio y cierta sensacion de cansancio. Algunos autores han incluido entre ellos los escalofrios seguidos de sudores, pero son poco frecuentes los casos en que se observan. Algunas veces es escesiva la intensidad de la cefalalgia, y da por decirlo asi á la enfermedad un aspecto particular, sobre todo si se tiene en consideracion la manera con que se termina. El doctor Luis ha observado en su práctica dos ó tres veces los fenómenos siguientes: ha visto sobrevenir despues de una supresion completa ó de una disminucion notable del flujo mucoso, un dolor tan atroz, hácia la raíz de la nariz, que no dejaba que el enfermo reposase un instante, y este estado duraba hasta que se verificaba un flujo abundante de moco sin color y filamentoso por las narices; entonces se disipaba este síntoma violento con la mayor rapidez. El sitio de este dolor no deja duda alguna de que era debido á la invasion de la inflamacion en los senos frontales.

Despues de dos ó tres dias, todos los síntomas remiten notablemente; el dolor, la tension y la rubicundez de las fosas nasales desaparecen, igualmente que el movimiento febril, si existia. En cuanto al moco que se segrega, cambia notablemente de aspecto: se vuelve mas consistente, opalino, despues blanco, blanco amarillento ó verdoso y opaco; entonces es muy dificil de

(1) *Diss. sur le coryza*; 1836.

Digitized by Google

desprender, y es preciso hacer esfuerzos algunas veces dolorosos para desobstruir las fosas nasales. Esta materia adquiere un olor fastidioso y á veces fétido y estraño. La voz es nasal, hay un romadizo marcado y algunas veces un dolor permanente hácia la raiz de la nariz. Semejante estado puede durar bastante tiempo despues que las fosas nasales hayan vuelto á su estado normal.

Coriza de los niños reciennacidos y de pecho. Ya hemos dicho anteriormente que se habia descrito por separado la coriza de los reciennacidos y de los niños de pecho, y he añadido que las diferencias que existen en esta enfermedad entre esta edad y otra mas avanzada, dependen casi únicamente de la estrechez de las fosas nasales en los niños. Para convencerse de ello, basta examinar los síntomas particulares que presenta la coriza de los reciennacidos. Tomaré su descripcion de Billard (1) y de Rayer (2), que han escrito particularmente sobre esta materia.

El niño que antes podia dormir con la boca cerrada, se ve obligado á tenerla muy abierta, y tiene una respiracion muy ruidosa y acompañada de silvidos en las fosas nasales, cuando respira por la nariz. Acumulándose cada vez mas las mucosidades en estas cavidades, la respiracion se vuelve muy dificil, y aun es imposible cuando el niño quiere cojer el pecho; si persiste en sus esfuerzos de succion, la cara se pone amoratada, se hincha y se ve amenazado de asfixia; finalmente, el niño deja repentinamente el pecho echando rápidamente la cabeza hácia atrás, abriendo mucho la boca para respirar, y dando gritos de impaciencia y de dolor.

Es evidente que el obstáculo al libre paso del aire por las fosas nasales, obstruidas por las mucosidades, es la causa de todos estos accidentes; y solo despues que ha durado algun tiempo este penoso estado es cuando los niños esperimentan el sopor, la postracion y las convulsiones mencionadas por Billard, y cuando segun las espresiones de este autor, hallándose agitados por el hambre y la imposibilidad de satisfacerla, caen aniquilados de fatiga, de dolor y de inanicion, y no tardan en perecer antes

(1) *Traité des maladies des enfans*; 1833, 2.ª edic. p. 484 y sig.

(2) *Not. sur le coryza des enfans de la mamelle*; 1820.

Digitized by Google

de haber llegado á un grado avanzado de marasmo. Asi aunque se debe reconocer que el movimiento febril de la coriza puede llegar á ser de cierta gravedad en los reciennacidos y en los niños de pecho, porque en esta edad toda enfermedad acompañada de calentura es de peligro, sin embargo, es preciso confesar que esta afeccion debe su terminacion funesta á circunstancias enteramente accesorias. Pero cualquiera que sea la causa, es menester advertir al práctico el peligro que adquiere en los niños una enfermedad tan leve en el adulto, á fin de que dirija el tratamiento con la actividad necesaria.

Ahora que hemos dado á conocer todos los accidentes que pueden acompañar la coriza de los niños reciennacidos y de pecho, debo añadir que felizmente es muy raro qne se presente con esta intensidad. Por lo que á mí toca, aunque he observado durante largo tiempo las enfermedades de los reciennacidos, nunca he visto ni un solo ejemplo de tal gravedad. En el mayor número de casos todo se reduce á un poco mas de agitacion, y á mayor dificultad en la respiracion, síntomas que no son de larga duracion.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

1.° *Curso de la enfermedad.* Todos saben que el curso de la coriza aguda es muy rápido, pues ordinariamente bastan treinta y seis ó cuarenta y ocho horas para que remitan los principales síntomas. Se han citado casos en que la coriza se ha presentado bajo la forma intermitente, y Sauvages (1) ha referido un ejemplo de esta periodicidad bajo el título de *coriza febricosa*. Lo que hay de notable en este caso es, que á pesar de existir muchos síntomas agudos, tales como el dolor de cabeza, la tumefaccion, etc., no habia ningun movimiento febril (*pyrexia nulla*). Esta enfermedad solo cedió por el uso de la quina.

Si los síntomas del primer período de la coriza, es decir, aquellos por los que se manifiesta la inflamacion en toda su agudeza, tienen un curso muy rápido, no sucede siempre lo mismo con los que les siguen y constituyen lo que en lenguaje antiguo se lla-

(1) *Nosol.*, t. II, clas. IX, *Fluxus*; ordo III, *Serifluxus*.

Digitized by Google

maba *coccion*. La dificultad de respirar por la nariz, la tension, el esceso de secrecion, y por consiguiente el romadizo, pueden durar largo tiempo y exigir algunas precauciones en las personas que tienen precision de recobrar pronto la claridad de la voz, cuyo metal continúa siendo nasal.

Cuando se examina con atencion lo que pasa en esta leve enfermedad, se ve que en el mayor número de casos solo ocupa una de las fosas nasales, y que de la una pasa á la otra con todos sus síntomas de agudeza cuando hay ya una notable mejoría en la cavidad que ha sido invadida la primera. Ademas, observando con cuidado los fenómenos á medida que se presentan, se ve tambien que la invasion de la inflamacion en los senos frontales y maxilares, cuando se verifica, se efectúa en una época algo distante del principio; parece que en semejante caso la enfermedad deberia prolongarse mucho mas, porque en realidad ataca sucesivamente á varias partes. Sin embargo, no acontece así, y hé aquí la razon: cuando la inflamacion se propaga á otro punto que el que ocupaba primitivamente, recorre sus períodos con tanta mayor rapidez, cuanto mas dista del principio de la enfermedad la época en que ha invadido su nuevo sitio; de suerte que estas inflamaciones parciales que se han sucedido con intervalos variables, llegan todas al mismo tiempo, y aun en razon inversa de la época de su desarrollo, á una terminacion comun. Hallaremos esto mismo en las demas flegmasías siempre que las veamos terminar por resolucion.

Duracion. Por lo general la coriza dura comunmente poco tiempo, pues es raro que esta afeccion esceda de cuatro á siete dias, á no pasar al estado crónico. Su *terminacion* nunca es funesta á no ser en los niños muy pequeños, y aun en estos como hemos dicho, en casos muy raros. Los autores mencionan tambien entre las terminaciones el paso al estado crónico, pero esta terminacion es poco comun.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Solo en los niños reciennacidos y en los de pecho se ha podido reconocer las lesiones de la coriza idiopática, y en los adultos la coriza sintomática ha suministrado los datos. En unos

Digitized by Google

y otros se han hallado los signos ordinarios de la inflamacion de las membranas mucosas, tales son: la rubicundez, el engrosamiento y el reblandecimiento de la membrana, etc.; pero en los niños hay algunas veces una lesion particular descrita en estos términos por Billard *(lug. cit.)*: «Abriendo las fosas nasales, se halla una concrecion seudo-membranosa, blanquecina y algo manchada por sangre exhalada en su superficie: esta concrecion empieza en la parte superior de la glotis, y en lugar de estenderse por la traquiarteria, sube hácia los senos y conchas de la nariz, á los que cubre adhiriéndose á ellos con solidez. La membrana mucosa está muy hinchada y de color rojo muy vivo, y aun á veces da sangre en algunos sitios.» Se ve pues que esta forma es respecto á la coriza simple, lo que el crup es á la laringitis simple. Por consiguiente, séria muy util poderla distinguir; mas por desgracia, segun confiesa el mismo Billard, es casi imposible reconocerla durante la vida. Las demas lesiones que se han observado tienen poca importancia práctica para que merezcan se haga mencion de ellas en este lugar.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Muy poco tengo que decir acerca del diagnóstico de la coriza en el adulto, porque en los artículos *Coriza crónica* y *Ocena* espondré los signos diferenciales de estas afecciones y de la coriza aguda; y si se reflexiona se verá que despues de esta eliminacion no queda afeccion que pueda confundirse con ella. Pero algunas veces es útil saber si la coriza es idiopática ó sintomática, y por lo tanto vamos á manifestar cuáles son los signos que pueden aclarar este punto.

En el *sarampion* hay una coriza precursora, pero ademas de que desde el principio está acompañada de una tos notable, es muy raro que no exista al mismo tiempo un movimiento febril bien perceptible, el cual las mas veces no se manifiesta en la coriza, sino cuando la inflamacion de la pituitaria ha adquirido gran desarrollo.

Lo mismo se puede decir acerca de la coriza que se presenta en la *escarlatina*, con la diferencia de que la faringe mas bien

Digitized by Google

que los bronquios está inflamada al mismo tiempo que la membrana pituitaria.

Cuando la coriza ha sido precedida de un movimiento febril, que de ningun modo parece que está en relacion con la poca importancia de la inflamacion, es necesario tener cuidado de inspeccionar todos los dias la mucosa bucal y faríngea, porque en las calenturas exantemáticas se empiezan á percibir en este punto las primeras manchas rubicundas que desvanecen todas las dudas. Antes de esta época es difícil distinguir la coriza febril simple de la coriza precursora del exantema.

En la *grippe* y en las diversas epidemias del mismo género, existe una coriza ordinariamente intensa, pero la aparicion simultánea de otros síntomas no permite titubear mucho tiempo. Las mismas reflexiones son aplicables á la coriza que se manifiesta en el primer período de la *coqueluche* y del *crup*.

Todavía importa mas saber si estos síntomas tan intensos, esta sufocacion, esta asfixia inminente, observados en los reciennacidos, son debidos á una simple coriza ó á otra enfermedad. La tumefaccion, la inflamacion de la nariz, y por consiguiente la dificultad de respirar, pueden depender de una *erisipela* ó de una *inflamacion edematosa* de la cara que ocupe mas particularmente el labio superior y la nariz. Pero comunmente la primera de estas enfermedades, en lugar de comenzar por el interior de las fosas nasales, empieza por la piel de la nariz ó de la frente, y se estiende muy pronto á otras partes de la cara demasiado distantes de la abertura de las narices para que su inflamacion sea debida á una simple coriza. En cuanto á la segunda, solo se desarrolla al fin de las enfermedades graves, y empieza casi siempre por el labio superior.

Ya he dicho que el principal síntoma, el síntoma capital de la coriza *de los reciennacidos*, era la sofocacion que sobreviene principalmente en el acto de mamar. Otras muchas causas pueden ocasionar la sufocacion mientras que el niño hace esfuerzos de succion, tales son: los *vicios de conformacion* de la boca, de la lengua y su frenillo, de las fosas nasales ó del pezon de la nodriza. Pero ademas de que estos vicios de conformacion tienen sus caracteres propios y fáciles de reconocer, la imposibilidad de mamar data desde el nacimiento, al paso que en la coriza los niños mamaban muy bien antes de la invasion de la enfermedad. Aña-

Digitized by Google

diremos tambien que los niños que presentan otros vicios de conformacion distintos de los que pueden producir una obstruccion de las fosas nasales, tienen la respiracion perfectamente libre cuando no tratan de mamar, en vez de que en la coriza la obstruccion de las fosas nasales ocasiona una dificultad mas ó menos marcada de esta funcion.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la coriza simple aguda febril y de la coriza de las calenturas exantemáticas.*

CORIZA SIMPLE.	CORIZA PRECURSORA DEL EXANTEMA.
Al principio no hay *tos* ni dolor de *garganta.*	Al principio hay *tos ó dolor de garganta.*
Las mas veces no hay *calentura* al principio.	Hay *calentura* al principio.
El *movimiento febril* es poco marcado y de corta duracion.	*El movimiento febril* es intenso y prolongado.

En los casos poco frecuentes en que el movimiento febril precede á la coriza un poco intensa, será preciso examinar la boca y la faringe, para descubrir las *manchas rojas* del exantema, que son las únicas que pueden hacer desaparecer las dudas.

2.° *Signos distintivos de la coriza simple aguda febril, y de la coriza de las epidemias catarrales, de la coqueluche y del crup.*

CORIZA IDIOPÁTICA.	CORIZA SINTÓMATICA.
Al principio los *síntomas locales* estan limitados á las fosas nasales.	Al principio los *síntomas* tienen su asiento en varios órganos y particularmente en el resto de la estension de las vias respiratorias.

Digitized by Google

3.° *Signos distintivos de la coriza de los reciennacidos y de las demas afecciones que pueden producir la sufocacion.*

A. CORIZA DE LOS RECIENNACIDOS.	ERISIPELA DE LA CARA. *Edema subinflamatorio.*
La *inflamacion* empieza en las fosas nasales. Se desarrolla en el *mas perfecto estado de salud.*	La *inflamacion* empieza en la piel de la frente, de la nariz ó del labio superior, y se desarrolla hácia *el fin de las enfermedades graves.*

B. CORIZA DE LOS RECIENNACIDOS.	VICIOS DE CONFORMACION DE LA BOCA, DE LA LENGUA, ETC.
Reconociendo se observa *buena conformacion* de todas las partes que contribuyen á hacer la succion.	Reconociendo los órganos se descubre el vicio de conformacion.
La *succion* se verificaba bien antes de que acometiese la enfermedad.	La *succion* es imposible desde el nacimiento.
Hay *dificultad de respirar* en los intervalos de la succion.	La *respiracion es libre* cuando no mama el niño.

No juzgo necesario esponer la diferencia que hay entre la coriza y la inflamacion de la pituitaria debida á una violencia esterna cualquiera, porque en este caso basta el conocimiento de la causa.

Pronóstico. La coriza de los adultos no es grave como hemos dicho ya, y en los casos raros en que se la ha visto pasar al estado crónico, no se ha notado ningun signo que pueda hacer preveer esta terminacion.

En cuanto á la coriza de los reciennacidos, ya se ha visto que en algunas circunstancias podia tener una terminacion funesta; pero como no se haya indicado nada que pueda servir para distinguir los casos mortales, el práctico deberá estar siempre prevenido en los casos de coriza que acometen en esta edad, cualquiera que sea su aparente benignidad. La coriza de los reciennacidos con formacion de falsas membranas es una enfermedad mortal; pero como se ha manifestado ya, desgra-

Digitized by Google

ciadamente carecemos de medios de distinguirla durante la vida; mas es de esperar que con el tiempo se consiga el conocerla.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Coriza de los adultos. En la coriza leve apirética, que es la que se presenta con mas frecuencia, no hay necesidad de usar ningun tratamiento activo, pues es una de las afecciones poco graves que apenas se incluyen entre las indisposiciones, por lo cual generalmente no se hace de ella gran caso. Sin embargo, hay una circunstancia en que la mas leve coriza exige algunas precauciones, y es cuando el sugeto atacado tiene necesidad de recobrar á la mayor brevedad posible la integridad de su voz, que en esta enfermedad adquiere un sonido desagradable. En este caso bastan las dos prescripciones siguientes:

PRESCRIPCION I.

CORIZA LEVE EN EL ADULTO.

1.° Para bebida se prescribe una infusion de violetas endulzada con azúcar.
2.° Por la noche un pediluvio sinapizado de veinte minutos á media hora de duracion.
3.° Es menester mantener el vientre suelto por medio de lavativas emolientes.
4.° Disminuir la cantidad de alimentos, abstenerse de licores fuertes y del café.
5.° Preservarse constantemente del frio, y sobre todo del frio húmedo.

Si la coriza sin ser muy intensa presentase algunos síntomas incómodos, como gran pesadez de cabeza, dolores en los senos frontales ó en los senos maxilares, se recurriria á los medios siguientes:

PRESCRIPCION II.

1.° Para bebida, infusion de borraja con miel.
2.° Se hará por mañana y tarde una fumigacion emoliente,

Digitized by Google

dirigida hácia las fosas nasales, para lo que basta una tetera comun, cuyo pico se dirige hácia la nariz.

3.° Se tomará mañana y noche un pediluvio caliente, añadiendo dos ó tres puñados de ceniza, y de veinte minutos de duracion.

4.° En todo lo demas se observará el resto de la prescripcion precedente.

Martin Solon (1) ha empleado con buen éxito las *fumigaciones emolientes* en las corizas muy agudas.

Pero la coriza puede, hemos dicho ya, presentarse con un aparato de síntomas que le dan cierta importancia; la calentura sobre todo alarma al enfermo y merece llamar la atencion del médico. Sin embargo, si la enfermedad pareciese local, es inútil acudir á remedios mucho mas activos y bastarán los siguientes:

PRESCRIPCION III.

CORIZA FEBRIL EN EL ADULTO.

1.° Infusion de borraja del mismo modo que en la prescripcion anterior, ó bien una ligera infusion de té azucarada.

2.° Es necesario introducir de cuando en cuando en las fosas nasales un polvo fino de malvabisco ó de goma, con el objeto de absorber las mucosidades y de darles mas consistencia.

3.° Untar tres ó cuatro veces al dia la nariz, el labio superior y aun las partes adyacentes, con pomada de pepino, cerato ligeramente opiado ó bien con el linimento siguiente:

℞ Aceite de almendras dulces. 8 gram. (ʒij)
Láudano de Sydenham..... 5 decigram. (10 gr)
Mézclese exactamente.

4.° Pediluvios con mostaza, mañana y noche.

5.° Por la noche una lavativa de agua de malvabisco con tres ó cuatro cucharadas de aceite de olivas.

6.° Preservarse del frio, régimen poco nutritivo. Algunas ve-

(1) *Gaz. méd.*, 1834. *Observ. et cons. prat. sur l'usage des fumigat. dans les maladies.*

Digitized by Google

ces, cuando el movimiento febril es algo intenso, es necesario ordenar un dia de dieta.

Tales eran los medios generalmente usados en la coriza aguda febril ó no febril, cuando el doctor Williams propuso uno muy diferente, y que por lo tanto daremos á conocer con algunos pormenores.

Tratamiento del doctor C. J. B. Williams. Despues de hacer observar este médico que se prescriben bebidas abundantes en la coriza, con el objeto de disminuir la acrimonia del flujo de la pituitaria que sostiene la inflamacion, añade que se obtiene el mismo objeto con un medio enteramente opuesto y cuyo buen resultado es seguro, cual es la *abstinencia completa de líquidos*. Hé aqui, segun este autor, como se debe dirigir el tratamiento.

PRESCRIPCION IV.

1.° Se podrá empezar el tratamiento por un laxante, seguido de un diafórético; pero estos medios solo son necesarios al principio de la enfermedad.

2.° Es preciso abstenerse de toda especie de líquido durante treinta y seis ó cuarenta y ocho horas.

3.° Los alimentos sólidos serán *puddings* (que se pueden reemplazar en Francia por sopas), legumbres con ó sin carne para la principal comida del dia. En las demas comidas el enfermo deberá contentarse con un poco de pan tostado ó galleta mojada en té, ó con un líquido del mismo género.

4.° Despues de cuarenta y ocho horas de este tratamiento se puede volver al uso *moderado* de los líquidos; pero es menester tener cuidado de no hacerlo sino gradualmente, y sufrir la sed, porque despues de semejante abstinencia hay mucho deseo de beber.

Segun Williams, el objeto de este tratamiento, obrando sobre la masa de los líquidos del cuerpo, es sustraer los materiales necesarios para la secrecion morbosa, agotar el flujo y cortar la coriza sostenida por él. Por este medio se impide que la inflamacion se propague á los órganos respiratorios propiamente dichos, y se evitan las bronquitis intensas que suceden á la coriza. Al cabo de

(1) *Cyclop. of pract. med.*, t. I, 1833.

Digitized by Google

doce horas de abstinencia de líquidos es cuando el flujo empieza á disminuirse; entonces la secrecion se vuelve gelatinosa y cesa enteramente entre la trigésima y trigésima sétima hora. Pasadas las doce primeras horas el lagrimeo y el dolor de cabeza se hacen de cada vez menos incómodos, y estos síntomas no tardan en desaparecer. En los casos observados por el doctor Williams, esta abstinencia de líquidos durante el tiempo indicado, nunca ha tenido el menor inconveniente.

Por desgracia hay muchas objeciones que hacer á las aserciones de este autor; objeciones que solo la análisis de cierto número de observaciones pudiera demostrar su fuerza ó su escaso valor. ¿Cómo hemos de admitir que un tratamiento tiene grande eficacia en la coriza, cuando por una parte se ve que no empieza á disminuir el flujo sino al cabo de doce horas, y por otra no sabemos en qué época de la enfermedad se ha emprendido aquel? Supongamos solamente que la coriza existia hacia doce horas; ¿qué tiene de particular que empieze á disiparse doce horas despues? Y aun sin recurrir á esta suposicion, ¿no vemos corizas que recorren su período de agudeza en doce horas? Era pues necesario demostrar por medio de la observacion que no se habian tratado asi corizas de esta naturaleza. Es verdad que el doctor Williams nos dice que con este tratamiento se evitan las bronquitis consecutivas; pero para probarlo era absolutamente necesario presentar observaciones, porque si por la abstinencia de líquidos se hubiesen precavido las bronquitis en una época en la que la coriza hubiese sido constantemente seguida de ellas, tendriamos una fuerte prueba de que completamente carecemos.

Por consiguiente, para admitir la eficacia de la *abstinencia completa de líquidos en la coriza*, es necesario esperar á que la observacion haya resuelto la cuestion. Pero es preciso guardarse de proscribir del todo esta especie de tratamiento; porque si se llegara á demostrar su utilidad seria una preciosa adquisicion, puesto que con él se evitarian las bronquitis algunas veces intensas, que son de temer en muchos sugetos, y especialmente en los cantores y en las personas que tienen una enfermedad crónica de los pulmones. A los observadores toca esperimentar un tratamiento que es sin duda penoso, pero que no tiene ningun inconveniente real.

Admirado el doctor Teissier (de Lyon) de la insuficiencia de

Digitized by Google

todos los medios precedentes, tuvo la idea de emplear la cauterizacion, como medio curativo de la coriza aguda, y al efecto cita (1) muchas observaciones de curacion obtenida en algunas horas en casos intensos y aun rebeldes.

Este práctico usa con este objeto la solucion siguiente:

℞	Nitrato de plata...	25 á 50 centígram.	(5 á 10 ℥)
	Agua destilada....	30 gram.	(℥j)

Se cauteriza rápidamente la pituitaria con un lechinito empapado en esta solucion.

Segun el autor, la solucion de los 25 centígramos (5 granos) no produce dolor.

Aunque este medio ha sido criticado mucho, sin embargo, los hechos citados por Teissier merecen alguna consideracion, y antes de condenarlos, seria justo hacer nuevos esperimentos.

El mismo médico *(lug. cit.)* recomienda como muy buen calmante las unturas con *aceite de almendras dulces* con *láudano,* indicadas mas arriba, y desde entonces se ha considerado como medio de hacer abortar las corizas, al *láudano* mezclado en grandes cantidades con un líquido emoliente y usado en sorbiciones por las narices.

El doctor Lockwood ha empleado tambien la solucion del nitrato de plata, y ha obtenido felices resultados; pero J. Pretty (2), á pesar de que atribuye á este medio el defecto de ser doloroso (lo que está en oposicion con lo que al parecer la esperiencia ha demostrado á Teissier, á lo menos respecto á las soluciones poco concentradas) aconseja las inyecciones siguientes:

℞	Sulfato de zinc...........	15 centígram.	(3 ℥)
	Agua destilada...........	30 gram.	(℥j)

Disuélvase.

Se inyecta con una geringa en que quepa 30 gramos (una onza) una ó dos veces este líquido en cada lado de la nariz, encargando al enfermo que tenga inclinada la cabeza hácia delante sobre una palangana.

Segun el autor, este tratamiento hace abortar la coriza en su

(1) *Bullet. gén. de thérapeut.*, t. XX, p. 419 y sig. 1843.
(2) *Lond. med. gaz.*, Julio 1849.

Digitized by Google

principio, pues mas tarde es preciso esperar á que la mucosa se desinfarte un poco, porque sino podrian sobrevenir vivos dolores en los senos frontales.

Algunas veces basta una sola inyeccion, pero en ciertos casos se necesitan tres. Estas inyecciones, dice Pretty, cortan inmediatamente las corizas que tienden á pasar al estado crónico y á perpetuarse.

Coriza periódica.

(*Coriza febricosa de* SAUVAGES.)

Es inútil decir que cuando la coriza se presenta bajo esta forma sumamente rara, y cuando se han comprobado bien la regularidad de los accesos, se debe recurrir á la quina. Para esto bastará la siguiente prescripcion:

℞ Sulfato de quinina... 3 á 6 decígram. (6 á 12 g̃)

Se divide en tres papeles iguales, que se tomarán de dos en dos horas, en el intervalo de los accesos. Se repetirá esta dosis hasta que no quede vestigio alguno de la enfermedad, y se continuará algunos dias disminuyéndola gradualmente, como si se tratase de una calentura intermitente.

La observacion inserta en el *Periódico de Vandermonde*, prueba que no hay que esperar que en semejantes casos se manifiesten síntomas febriles; porque en el hombre á quien aquella se refiere, no habia, como se ha visto, la menor apariencia de calentura.

Coriza de los reciennacidos.

Todos los autores que han tratado de esta enfermedad aconsejan suspender la lactancia, y que se dé el alimento á los niños por medio de una cuchara. Mas no por eso se debe creer que apenas un niño presenta signos de coriza se le deba privar de su alimentacion natural. En primer lugar, como se ha dicho ya, solo en los casos mas graves es cuando esta enfermedad ocasiona síntomas de asfixia é impide que el niño mame; de donde se sigue que con frecuencia no presenta mas gravedad que en el adulto, y entonces es preciso guardarse bien de suspender la lactancia; porque con algunas precauciones contra el frio, constituye

Digitized by Google

el mejor tratamiento que se puede prescribir. En segundo lugar, hay siempre tiempo, cuando aparecen los síntomas de sufocacion, para sustituir á la lactancia las bebidas tomadas á cucharadas, que no exigen una oclusion tan perfecta de la boca, y permiten que el niño respire todavía, aunque imperfectamente. En este caso se deberá recurrir á la prescripcion siguiente:

PRESCRIPCION V.

1.° Se hará que el niño beba leche de vacas mezclada con una cuarta parte ó una mitad de agua de cebada ó de avena.

2.° Se le limpiarán frecuentemente las narices por medio de lociones de agua de malvabisco ó de sauco, y se procurará hacerle sorber por la nariz parte de estos líquidos, tapándole un instante la boca.

3.° En los casos muy graves, si hay signos de congestion cerebral, se pondrá una sanguijuela detrás de la oreja, ó dos á lo mas en los niños fuertes y de mas de un mes de edad; pero teniendo el mayor cuidado de contener el flujo de sangre media hora ó una despues de que se han caido las sanguijuelas.

4.°	℞ Calomelanos...............	3 decígram.	(6 g̃)
	Azúcar en polvo............	5 gram.	(100 g̃)

Mézclese y divídase en cuatro papeles, que se toman en las veinticuatro horas.

5.° Por la noche se aplicará una cataplasma ligeramente sinapizada en cada pierna.

6.° Si se aumentan los síntomas cerebrales, se aplicará un vejigatorio á la nuca.

Algunas veces la coriza ha ocasionado la muerte de los recien-nacidos, debiéndose principalmente esta funesta terminacion á la asfixia. Por consiguiente, ¿convendria, si los síntomas se hacian alarmantes hasta el punto de temer una muerte próxima, recurrir á la *traqueotomía?* Ningun autor ha suscitado esta cuestion, y es fácil comprender el motivo: se trata de niños muy pequeños en los que repugna practicar una operacion, aun mucho menos grave. Esta es sin duda una causa para ser prudente; pero si estuviese demostrado que el niño iba á perecer de asfixia, y si por otra parte hubiese seguridad de que la coriza era sim-

Digitized by Google

ple, se podria recurrir con tanta mas confianza á este medio estremo, cuanto que una vez restablecida la respiracion, se tendria la seguridad de que la coriza se terminaria prontamente por resolucion. ¿No es este el caso de hacer una aplicacion de aquel célebre axioma: *Mellius remedium anceps quam nullum?*

Medios profilácticos. Esta enfermedad es tan leve, que por lo comun se toman muy pocas precauciones para preservarse de ella. Sin embargo, hay personas que la contraen tan fácilmente que deben poner todos los medios de evitarla, aunque no sea mas que por el temor de verla pasar al estado crónico. Asi, pues, las personas que estan sujetas á una traspiracion habitual de una de las partes del cuerpo, y principalmente de la cabeza, deben evitar las corrientes de aire, aun durante el estío. En la primavera no conviene ponerse al sol, y sobre todo pasar en seguida repentinamente á un sitio fresco. Tambien es menester no quitarse demasiado pronto la ropa de invierno, y preservarse con cuidado de las primeras humedades del otoño. Los calvos, sobre todo, necesitan mas que nadie tomar las precauciones que acabamos de indicar.

Segun Williams (*lug. cit.*), la moderacion en las bebidas es uno de los mejores preservativos, porque dice, cuando hay una gran cantidad de líquido en el cuerpo, tiene por precision que aumentarse la traspiracion, y se está mas espuesto á las perniciosas influencias del frio. Es inútil decir que esta asercion es puramente teórica.

En fin, las causas individuales de la coriza no pueden ser bien reconocidas sino por los mismos que la padecen, los que deberán estudiarlas para poderlas evitar.

BREVE RESÚMEN DEL TRATAMIENTO.

Coriza de los adultos. Atemperantes, sudoríficos ligeros, derivativos, unturas emolientes y opiadas, preservarse del frio, régimen poco nutritivo, *tratamiento* de Williams, de Teissier, de Lyon, ó de Pretty.

Coriza de los reciennacidos. Los medios precedentes, y ademas en los casos muy graves pequeñas emisiones sanguíneas, lociones emolientes, minorativos, revulsivos, dar las bebidas y alimento á cucharadas, *traqueotomía.*

Digitized by Google

APENDICE.

Los antiguos empleaban tratamientos muy complicados aun para las enfermedades mas leves, y de ello nos suministra una buena prueba la historia de la coriza. Por lo mismo, no he querido ocuparme en el artículo que precede de los medios diversos que han sido recomendados en los siglos precedentes, porque no está bien demostrado que hayan sido verdaderamente útiles (1), y solo me limitaré á tomar como ejemplo de los tres autores citados por Bonet, sus fórmulas de mistura, de fumigacion y cataplasma que formarán la prescripcion siguiente:

PRESCRIPCION VI.

1.° Para bebida se usará una infusion teiforme caliente y diluente (Sauvages).

2.° ℞

Agua de fumaria......... Agua de hinojo...........	ãã 60 gram.	(℥ij)
Triaca simple..............	30 gram.	(℥j)
Amoniaco líquido...........	20 gotas.	
Aceite de clavo.............	3 gotas.	
Bezoar mineral..............	2 gram.	(ʒß)
Láudano.....................	1 decígram.	(2 g̃)
Jarabe de diacodion.........	30 gram.	(℥j)

Se toma á la dosis de dos cucharadas para favorecer el sudor. (*Fr. Sylvius*, l. I, cap. XLI).

(1) Sin embargo, no creemos que se deban proscribir enteramente las medicaciones antiguas, solo porque las fórmulas estan recargadas de sustancias que solo parecen reunidas por la casualidad: porque ¿podemos reconocer siempre, cuál es en esta mezcla la sustancia realmente útil? Y cuando lo podemos, ¿es permitido afirmar que estas sustancias no adquieren su eficacia de su misma reunion? El tratamiento llamado de la caridad, cuyos efectos son tan eficaces y tan prontos, es uno de los mas complicados que nos han dejado los antiguos. ¿Por ventura, simplificándole y no poniendo esclusivamente en uso mas que las sustancias calmantes y purgantes se le ha perfeccionado? No, se puede decir con seguridad, hasta que se acudió al aceite de croton tiglio. Asi pues, sin dejar de guardar gran reserva, me abstendré de desechar completamente las fórmulas antiguas, entre las cuales algunas juiciosamente esperimentadas, pudieran hacer grandes servicios en la práctica.

Digitized by Google

3.° ℞ Sucino .... } ãã 8 gram. (ʒij)
Resina ánime................
Incienso........................ 4 gram. (ʒj)
Almáciga........................ 4 gram. (ʒj)
Benjuí.......................... 8 gram. (ʒij)

Se mezclan y se reducen á polvo, del cual se hechan dos ó tres pulgaradas sobre las ascuas ó un hierro candente, y se aspira el humo por las fosas nasales. (Etmuller atribuye principalmente las virtudes de esta fumigacion, á la resina ánime.)

4.° Se harán sorbiciones varias veces al dia con leche caliente (Sauvages).

5.° Se pondrán á hervir las hojas de sabina, y se aplican sobre la nariz en forma de cataplasma que debe estar bastante caliente. Petrus Bayrus asegura que este tópico *cura la coriza inmediatamente*, resultado aun mas ventajoso que los del método del doctor Williams.

Es inútil decir que en la esposicion del tratamiento de estos autores, no se ha tenido en consideracion el estado de agudeza ó de cronicidad de la coriza, negligencia que por desgracia ha sido imitada por los modernos. Por consiguiente, á los prácticos corresponde ver para qué pueden servir estos medios que nada tienen de peligrosos, y cuya eficacia puede parecer dudosa.

ARTICULO III.

CORIZA CRÓNICA.

(Rinitis crónica.)

Siendo la coriza crónica una afeccion muy incómoda y dificil de curar, ha debido necesariamente llamar la atencion de los médicos. Asi puedo contar para hacer mi descripcion con numerosas observaciones, recurso de que carecia enteramente para la de la coriza aguda, y de las que me valdré con tanta mas solicitud, cuanto que en los artículos generales se ha estudiado superficialmente esta forma de la inflamacion de la membrana pituitaria.

Digitized by Google

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En estos últimos tiempos se ha procurado establecer una distincion entre la coriza crónica y el flujo nasal, al cual se ha dado el nombre de *rinorrea*; pero recorriendo las observaciones, me ha parecido imposible presentar por base de esta division hechos positivos. Asi los autores se han fundado para establécerla en que en la rinorrea la enfermedad solo consiste en un flujo de moco claro por la nariz, sin ningun síntoma inflamatorio, al paso que en la coriza, el flujo de moco de consistencia y color variable, y mas ó menos alterado, va acompañado de un corto número de síntomas propios del estado agudo. Yo estoy lejos de negar que pueda existir un flujo de moco nasal no inflamatorio, y confieso que algunos hechos me han parecido de esta naturaleza. Pero por desgràcia faltan pormenores; por una parte no se está seguro, al leer las observaciones, que hayan faltado todos los síntomas inflamatorios en las flegmatorragias nasales, y por la otra no siempre se ha hecho mencion, ni con mucho, de la existencia de estos síntomas en las corizas en que la materia del flujo era moco consistente y mas ó menos alterado. La prueba de que se está distante de haber podido trazar la línea de demarcacion entre estas dos enfermedades, es que un mismo hecho ha podido ser colocado por unos entre las rinorreas, y por otros entre las corizas crónicas. Esto es lo que me ha sucedido con una observacion citada por Morgagni (1), y este ejemplo es muy apropiado para probarnos cuánta afinidad tienen estos dos estados morbosos, puesto que la muger á quien se refiere la observacion, solo despues de haber durado largo tiempo una coriza crónica, tan bien caracterizada como se puede desear, es cuando sin otro síntoma notable, se manifestó poco á poco un flujo abundante de moco claro.

Asi pues, mientras que la observacion no establezca mejor los límites que separan la coriza crónica de una simple rinorrea, los reuniremos bajo la misma denominacion, y con tanto menos escrúpulo, cuanto que bajo el punto de vista de la práctica, la

(1) *De sed. et causis morb.*, t. II, epist. XIV, 21, p. 119.

Digitized by Google

distincion es de mediana ó poca utilidad, puesto que la conviene el mismo tratamiento.

Se han dado mas especialmente los nombres de *romadizo*, *catarro nasal* y *flujo nasal* á la coriza crónica. Sauvages describe una *coriza flegmatorrágica*, que no es otra cosa que el flujo nasal que en estos últimos tiempos se ha llamado rinorrea, y constituye su segunda especie.

En el estado actual de la ciencia no es posible decir ni aun aproximadamente cuál es el grado de *frecuencia* de la coriza crónica, ni tampoco en qué proporcion de casos sigue á la coriza aguda. Estos son otros tantos problemas que solo la observacion puede resolver. Entretanto nos limitaremos á decir de un modo general, que esta enfermedad no es muy frecuente.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Si es dificil hallar las causas predisponentes de la coriza aguda, lo es aun mas descubrir las de la coriza crónica; no ciertamente porque esté averiguado que estas causas se ocultan á nuestros medios de averiguacion, sino porque las observaciones nada dicen sobre este punto, y porque segun todas las apariencias se ha descuidado recoger los datos necesarios.

De todos los vicios orgánicos indicados como predisponentes de esta enfermedad, el *vicio escrofuloso* es el mas generalmente admitido, y de todas las edades, la *infancia* y la *adolescencia* (en las que con mas frecuencia se manifiestan las escrófulas) son en las que, segun los autores, se padece mas comunmente la coriza crónica. No cabe duda de que en esta opinion no hay nada que no sea verosímil; pero en patologia es preciso guardarse de tener una fe ciega en las opiniones mas verosímiles, y en semejante caso no podemos menos de apelar al fallo de la observacion.

En el párrafo siguiente veremos que la *supresion del sudor habitual de los pies* ha producido en muchas ocasiones una coriza crónica: las personas que estan sujetas á esta traspiracion local deben mirarse como predispuestas á esta afeccion. ¿Sucede lo mismo con cualquier otro *flujo antiguo*, con el *estreñimiento* ó la vida *sedentaria?* Busco hechos y no encuentro mas que opiniones.

Digitized by Google

2.° Causas ocasionales.

En los casos en que la coriza crónica no sigue á la coriza aguda, ¿cuáles son sus causas determinantes? Segun los autores, son la *desaparicion de un exantema*, *de un flujo antiguo* cualquiera, la *accion de vapores* y *polvos irritantes* sobre la membrana pituitaria. Pero por lo que resulta de la observacion, entre estas causas solo hay dos cuya accion esté realmente demostrada, á saber: la *supresion del sudor habitual de los pies*, y el *uso inmoderado del tabaco rapé*. En cuanto á la primera Mondiere (1) ha referido algunos ejemplos, y uno de ellos sobre todo muy notable por la prontitud con que la aparicion de la coriza siguió á la supresion de la traspiracion parcial, por la larga duracion de la enfermedad y su pronta desaparicion luego que se logró restablecer el sudor de los pies. El doctor Courmette ha observado tambien un caso en que está quizás mas marcada aun la relacion entre la coriza y la supresion de la traspiracion. Se trata de una señorita que presentaba sudores ácres considerables y limitados á los pies y á la mano izquierda; siempre que estos sudores se suprimian sobrevenia un flujo de serosidad muy ácre, y lo que es verdaderamente notable, solo por la abertura izquierda de la nariz (2).

Haciendo dejar el uso del tabaco rapé, es como se ha conocido que era la causa ocasional de la coriza crónica. En efecto, en todos los casos en que sucedia esto, la inflamacion de la pituitaria desaparecia rápidamente luego que esta membrana cesaba de estar en contacto con el polvo irritante. He visto un ejemplo muy notable de esto en una muger anciana que tenia la costumbre de tomar tabaco hacia ya mas de cuarenta años; á la edad de sesenta y cinco, le sobrevino una coriza que le duró muchos meses, y se disipó en algunos dias, en cuanto suspendió el uso del tabaco. Poco tiempo despues, habiendo querido volver á sus antiguas costumbres, fue de nuevo atacada de una coriza rebelde, que cedió de la misma manera, y no se volvió á reproducir despues que esta muger renunció enteramente al tabaco. Es inútil decir que para que semejante causa obre eficazmente, es pre-

(1) *Memoire sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression*. (*Journ. L'Experience*, 1838, n.° 31, p. 489.

(2) *Anc. Journ. de méd.*, t. LXXXII, p, 45; Paris, 1790.

Digitized by Google

ciso que haya una predisposicion especial, cuya naturaleza nos es del todo desconocida.

§. III.

SÍNTOMAS.

En la coriza crónica, la *sensacion dolorosa* que resulta de la inflamacion de la pituitaria es muy variable, y aun puede faltar enteramente. Muchas veces no se siente mas que algo de estorbo y de obstruccion de las fosas nasales, con peso hácia la raiz de la nariz; en algunos casos los enfermos esperimentan picazon y algo de ardor; pero jamás el dolor es tan vivo como en la coriza aguda á no ser que sobrevenga una exacerbacion y que la enfermedad adquiera momentáneamente cierto grado de agudeza.

El síntoma dominante es seguramente un aumento notable de la *secrecion nasal;* pero la cantidad y la calidad del producto segregado son muy variables. En la mayor parte de las corizas crónicas hay un flujo de moco mas ó menos seroso, que tiene cierto grado de acritud, y que produce por su contacto la rubicundez de las narices; entonces es precisamente cuando se esperimenta ardor en las fosas nasales, comezon y estornudos repetidos.

En otros casos, el moco es mas espeso, amarillo ó verdoso, y aun de color gris apizarrado, hay tension y pesadez hácia la raíz de la nariz, con romadizo ó con una sensacion constante de estorbo en las narices; entonces se observa simplemente la escrecion de pequeños fragmentos de moco concreto, difíciles de desprender, y que las mas veces el enfermo se ve obligado á arrastrarlos hácia la garganta por medio de aspiraciones fuertes, para arrojarlos en seguida por la espuicion.

Finalmente, el flujo es puramente seroso, lo que sucede en la coriza, á que se ha dado el nombre de rinorrea, no tiene acritud, no produce comezon, tension ni rubicundez, y constituye por sí solo toda la enfermedad. Tal era el flujo nasal que padecia el mismo Sauvages. Este autor refiere (1) que dos veces por la noche le sobrevino, sin ningun síntoma de catarro, un flujo

(1) *Nosol.*, t. II, p. 376.

Digitized by Google

por la nariz de un *humor líquido, linfático, abundante*, y añade, *semejante al que fluye durante un frio intenso*, *sobre todo en los ancianos*. A escepcion de este flujo, no habia ningun otro síntoma.

El *olor* del moco escretado puede en algunos casos ser insoportable; entonces la coriza constituye la enfermedad á que en otro tiempo se daba el nombre de *fœtor narium*, *dysodia*, y que mas tarde se ha llamado *fetidez del aliento*. En estos últimos tiempos, algunos autores han querido hacer de esta especie de coriza una verdadera *ocena*; pero han olvidado que la palabra *ocena*, aunque no se ha aplicado á la enfermedad mas que para designar el mal olor del moco escretado, solo ha sido dado á la *dysodia* que se presenta acompañada de ulceraciones de la membrana pituitaria. La coriza crónica, cualquiera que sea la fetidez que se exhala de las fosas nasales, no cambia realmente de naturaleza; porque el olor del moco escretado es solo una circunstancia enteramente accesoria. Pero en el caso que exista este olor, ¿puede asegurarse que no hay ninguna ulceracion en la pituitaria? No se puede decir otra cosa sino que á pesar de haber esplorado atentamente el interior de las fosas nasales, no se ha podido descubrir ninguna en los casos citados por J. J. Cazenave (de Burdeos) y Trousseau. Cuando hable del *diagnóstico* entraré en una discusion mas estensa acerca de este asunto. El olor del aliento en los que padecen esta enfermedad es muy fétido é insoportable, y la hace mucho mas grave.

La *cantidad* de moco escretado es, como he dicho, muy variable. En efecto, en unos el producto de la secrecion es tan poco abundante que se concreta en las paredes de las fosas nasales, y forma costras ó aglomeraciones irregulares que no pueden ser arrojadas sino sonándose con fuerza, ó por un *sorbeton* prolongado; en otros por el contrario, el líquido claro y trasparente como suero, sale gota á gota y sin interrupcion, de suerte que el flujo puede ser bastante considerable para producir una consuncion general. Esto es lo que sucedia en la muger veneciana observada por Morgagni (1), la cual perdia media onza de moco nasal cada hora. Al cabo de cierto tiempo esta muger *empezaba á estenuarse*, cuando se presentó á Morgagni. Los ca-

(1) *De sed. et causis morborum*, epist. XIV; §. 21, p. 119, t. II.

Digitized by Google

sos que se han mirado como rinorreas son aquellos en que se presenta esta escrecion tan abundante. Asi pues, se puede sentar como regla general, que cuanto mas espeso es el moco escretado menos abundante es. Cuando el enfermo está acostado de espaldas, el flujo se verifica por la abertura posterior de las fosas nasales, y el moco cae en la faringe de donde es arrojado por la espuicion.

El *gusto* de la materia del flujo es algunas veces salado, sobre todo cuando es claro; á veces es nauseabundo, y algunas otras, aunque mas raras, el moco es insípido.

La coriza crónica, á escepcion de la estenuacion y de la debilidad de que acabamos de hablar, y que muy pocas veces se ha observado, no va acompañada de *síntomas generales*, á no ser en las épocas de las exacerbaciones que se observan en la mayor parte de los casos, y en las que la enfermedad vuelve momentáneamente al estado agudo, presentando entonces todos los síntomas de este estado.

El doctor J. J. Cazenave, de Burdeos, ha observado que en los sugetos afectados de coriza crónica, aunque sea muy leve, no tienen la *voz clara*, y se cansan pronto cuando hablan ó cantan. Al cabo de muy corto tiempo, los sonidos se vuelven ásperos y chillones, y sienten una picazon en la garganta que escita la tos.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la coriza crónica es casi siempre muy lento. Esta afeccion *empieza* por lo comun con síntomas de coriza aguda, y solo en el momento en que una notable remision de los síntomas induce á creer que está próxima la curacion, es cuando verdaderamente comienza la coriza crónica. Una vez desarrollada la enfermedad, está sujeta á *exacerbaciones* mas ó menos frecuentes, y cuya duracion puede ser mayor que la de una coriza aguda comun, de lo que se ven muchos ejemplos en las observaciones citadas por los autores, y principalmente en la observacion CXIV[a] de Wepfer (1). Durante las exacerbaciones, que algunas veces

(1) *Observ. medic. practicæ; De affect. capitis*, Schaphusii, 1727.

Digitized by Google

continuaban por muchas semanas, los síntomas eran muy violentos, el enfermo no podia leer, ni escribir, ni soportar la luz, y esperimentaba un calor intenso y una tension estrema en la cabeza, etc.

La *duracion* de la enfermedad es ilimitada. Se han citado ejemplos que prueban que puede prolongarse toda la vida. Por lo general, si un tratamiento eficaz, ó la supresion de la causa productora, no ponen un término, la coriza crónica no tiene tendencia á curarse. En algunos casos, por el contrario, despues de haber empleado sin buen resultado un gran número de medios terapéuticos, se ha visto que la enfermedad abandonada á sí misma disminuia poco á poco, y despues desaparecia completamente sin que se haya podido descubrir la causa. Asi sucedió precisamente en el enfermo examinado por Morgagni, y cuya observacion ha sido comprobada distintas veces por otros varios.

Sin embargo, á pesar de esta larga duracion, y cualesquiera que sean los signos de enflaquecimiento que se han manifestado en ciertos sugetos, no se ha citado ningun caso de *terminacion* funesta.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Tanto las que se han encontrado despues de la muerte, como las que se pueden observar en el hombre vivo por un reconocimiento atento de las fosas nasales, no se diferencian sensiblemente de las lesiones observadas en la coriza aguda, á lo menos segun la descripcion que se encuentra en los autores. Solo era algo diferente el *color* de la mucosa engrosada y reblandecida. En efecto, en los casos en que la coriza ha durado largo tiempo es cuando se han hallado las manchas apizarradas, que son los vestigios de una inflamacion antigua, y dan á la mucosa un aspecto jaspeado.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de la coriza crónica consiste únicamente en distinguir esta afeccion de otras enfermedades igualmente cróni-

Digitized by Google

cas que pueden afectar las fosas nasales. Yo me limitaré pues á buscar las diferencias que existen entre la coriza crónica, el impétigo de las narices, la coriza ulcerosa ú ocena, los pólipos y el cáncer de las fosas nasales.

1.° El *impétigo* puede estar limitado á las aberturas de la nariz, y entonces produce en sus ataques sucesivos la mayor parte de los fenómenos de la coriza. La nariz se pone dolorida, presenta tension y rubicundez, se aumenta la secrecion del moco, y hay cierta dificultad de respirar, comezon y estornudos, y despues se forman costras negruzcas que obstruyen la abertura anterior de las fosas nasales. Pero ¿cómo se distinguirá esta enfermedad de la coriza? Siguiendo con atencion el curso de la enfermedad, se ve que en los intervalos de las erupciones, la parte afectada toma á veces mejor aspecto que en la coriza. Al principio de la erupcion se pueden distinguir las pústulas prominentes del impétigo, y por último, estas costras de que acabo de hablar son demasiado gruesas, abundantes y tenaces para ser propias de una inflamacion simple de la mucosa. Yo bien sé que muchos autores han considerado á la formacion de estas costras como un síntoma ordinario de la coriza; pero examinando las observaciones, se adquiere pronto el convencimiento de que estos autores han equivocado el diagnóstico, ó á lo menos han confundido dos enfermedades distintas.

2.° Cuando no existe ninguna fetidez en la coriza, no se la puede confundir con la *ocena* propiamente dicha (rinitis ulcerosa, sea ó no sifilítica), caracterizada por la fetidez del olor exhalado por las narices. Pero cuando existe esta fetidez, no por eso se ha de deducir que hay ulceraciones en las fosas nasales. En efecto, ya hemos dicho que Cazenave y Trousseau habian citado casos de fetidez del aliento en los que nada probaba que hubiese úlceras. Es verdad que se puede preguntar si son suficientes nuestros medios de esploracion, y si se puede asegurar, cualquiera que sea el caso, que no hay una ó muchas úlceras fuera del alcance de la vista. Esta es una cuestion que no se puede resolver en el estado actual de la ciencia, y por consiguiente es imposible decir nada sin restriccion sobre este punto particular del diagnóstico. Por esta razon no he admitido la coriza simple crónica con fetidez del aliento nasal, sino provisionalmente y porque nada demuestra que no exista. La observacion es la única que puede acla-

Digitized by Google

rar estas dudas. Mas sea de esto lo que quiera, solo se pueden adquirir algunas nociones positivas sobre la existencia ó falta de ulceraciones en los casos de *fetidez del aliento*, por la inspeccion directa ó por medio del gancho obtuso, como lo hace Cazenave. El color, la consistencia del moco, la presencia de algunas estrias de sangre en las materias escretadas no son signos con los que se pueda contar. Uno solo, cuando se manifiesta, lo que rara vez sucede á no ser en la ocena sifilítica, permite que se haga un diagnóstico seguro sin el auxilio de la inspeccion de las cavidades nasales; y este signo es el aplanamiento de los huesos propios de la nariz, su crepitacion y su espulsion en porciones necrosadas. Cuando estos síntomas no existen, será necesario recurrir al exámen de las fosas nasales, segun el procedimiento de Cazenave de Burdeos, que describiremos al hablar de la ocena propiamente dicha. (Véase mas adelante el artículo *Coriza ulcerosa.*)

3.° Cuando los *pólipos* y el *cáncer de las fosas nasales* han hecho grandes progresos es fácil reconocerlos, pero en sus principios no lo es tanto. En efecto, estas afecciones pueden empezar por romadizo, un estorbo marcado en la respiracion nasal, y un flujo mucoso variable; en una palabra, por todos los signos de la inflamacion crónica. ¿Cómo pues se los ha de distinguir? Teniendo en consideracion que los signos distintivos de los pólipos son una obstrucion de las fosas nasales, que se aumenta en tiempo de humedad, ó cuando hay una congestion sanguínea hácia la cabeza, y con frecuencia hemorragias nasales en diversa cantidad, hasta tanto que la vista y el tacto puedan dar á conocer la existencia del cuerpo estraño. En cuanto al cáncer, estos signos consisten en una tumefaccion de la nariz, la rubicundez mas ó menos estensa de la piel que le cubre, y dolores mucho mas vivos que en la coriza. La destruccion de una parte de la nariz, en estos últimos casos, no tarda en confirmar el diagnóstico. Por lo demás, aun hay necesidad de ilustrar esta parte de la historia de la coriza crónica, como casi la de todas las demás.

Digitized by Google

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la coriza crónica simple y del impétigo de las narices.*

CORIZA CRÓNICA SIMPLE.	IMPÉTIGO DE LAS NARICES.
Inflamacion continua ó á lo menos persistencia de los síntomas en un grado notable en el *intervalo de las exacerbaciones.*	A veces curacion aparente en el *intervalo de las erupciones.*
No *existen pústulas al principio* de las exacerbaciones.	Hay *pústulas de impétigo* sobre todo al principio de las erupciones.
Tampoco hay costras. (No se debe confundir el moco concreto con verdaderas costras.)	*Costras gruesas* que obstruyen las narices.

2.° *Signos distintivos de la coriza crónica simple con fetidez ó hedor del aliento y de la coriza ulcerosa* (*ocena no sifilítica*).

CORIZA CRÓNICA SIMPLE.	CORIZA ULCEROSA NO SIFILITICA.
Moco rara vez teñido de sangre (este signo es dudoso).	Se ven algunos filamentos de sangre en el *moco* (signo dudoso).
Inspeccionando la parte no se percibe ninguna *ulceracion.*	Por la *inspeccion* se perciben en la pituitaria ulceraciones de diversa estension y profundidad.
Introduciendo el gancho obtuso en las fosas nasales, se le puede dirigir en todas direcciones *sin que se detenga en los bordes de una ulceracion.*	La estremidad del gancho obtuso *se detiene por el borde prominente ó desprendido de una ó muchas ulceraciones.*

Estos dos últimos signos cuando son positivos, no dejan duda alguna; pero cuando son negativos, no está perfectamente probado que la coriza sea simple, aunque se tenga motivos para creerlo. De donde se sigue que no se puede hacer con exactitud el diagnóstico de la coriza crónica simple con fetidez y de la coriza ulcerosa.

Digitized by Google

Cuando no existe la fetidez, entonces no cabe duda de que la coriza es simple.

3.° *Signos distintivos de la coriza crónica con fetidez y de la coriza ulcerosa sifilítica (ocena sifilítica).*

CORIZA CRÓNICA SIMPLE CON FETIDEZ.	CORIZA ULCEROSA SIFILÍTICA (OCENA SIFILÍTICA).
Inspeccionando la parte no se percibe alteracion alguna.	Se ven algunos filamentos de sangre en el moco (signo dudoso).
La nariz conserva *su forma*.	La *nariz pierde su forma*, deprimiéndose hácia la raiz.
No hay *crepitacion*.	Hay *crepitacion* de los huesos propios de la nariz.
No hay *esquirlas* en el moco.	*Porciones de huesos necrosadas* arrojadas con el moco.
Antecedentes: falta de síntomas venéreos primitivos (dudoso). Falta de otros *síntomas sifilíticos*.	*Antecedentes:* existieron síntomas venéreos primitivos. Existen otros síntomas de *sífilis constitucional*, como sifílides, úlceras, etc.

4.° *Signos distintivos de la coriza simple crónica y de los pólipos incipientes.*

CORIZA SIMPLE CRÓNICA.	PÓLIPOS.
Simple *romadizo*, que disminuye muchas veces despues de la espulsion de masas de moco concreto.	*Obstruccion* de las fosas nasales, que no disminuye por la expulsion del moco, y que se aumenta en tiempo húmedo y cuando hay congestion sanguínea á la cabeza.

Mas adelante la esploracion resuelve todas las dificultades.

5.° *Signos distintivos de la coriza simple crónica y del cancer incipiente en las fosas nasales.*

CORIZA SIMPLE CRÓNICA.	CANCER INCIPIENTE.
Poca ó ninguna *tumefaccion* de la nariz.	*Tumefaccion* mas ó menos considerable de la nariz en toda su estension ó solo en parte.

Digitized by Google

Rubicundez de toda ó de parte de la piel que cubre la nariz.	No hay *rubicundez* de la piel de la nariz, sino en ciertos casos, en la abertura de las narices.
Dolor mediano ó nulo.	*Dolores* algunas veces intensos.

Mas adelante la destruccion de la nariz, en los casos de cancer, desvanece todas las dudas.

Pronóstico. Por lo que ya tenemos dicho acerca de la terminacion de esta enfermedad, se puede juzgar que el pronóstico nunca es muy grave. Pero ¿por qué signos reconoceremos si la enfermedad será rebelde á nuestros medios de tratamiento, y si el moco al principio inodoro, ó solo de olor ligeramente fastidioso, tiene tendencia á hacerse fétido? La inflamacion primeramente simple de la pituitaria, ¿puede adquirir mal carácter y hacerse ulcerosa? Mejor es confesar nuestra ignorancia sobre todos estos puntos que esponernos á emitir aserciones falsas, porque la observacion todavía no nos ha suministrado datos para ello.

§. VII.

TRATAMIENTO DE LA CORIZA PRODUCIDA POR CAUSAS ESPECIALES.

Cuando es evidente que la coriza ha pasado al estado crónico, cuando se está bien seguro de que no se trata ya de varios ataques sucesivos de coriza aguda, se debe investigar si la enfermedad es debida á una causa apreciable. En efecto, si estuviese bien demostrado que una de estas causas, como la desaparicion de la traspiracion de los pies ó el uso inmoderado del tabaco, era la causa de la enfermedad, seria inútil recurrir á mas tratamiento que á quitar las causas. Asi pues, si hubiese motivos para sospechar que la *accion del tabaco* ha producido y sostiene la inflamacion crónica de la pituitaria, bastará prohibir su uso, y prescribir algunas lociones emolientes para que desaparezca en pocos dias el flujo y con él todos los demas síntomas.

Si se trata de una *supresion de la traspiracion* de los pies, se dispondrá el tratamiento siguiente que siempre ha producido felices resultados en manos del doctor Mondiere.

Digitized by Google

PRESCRIPCION I.

CORIZA OCASIONADA POR LA SUPRESION DE LA TRASPIRACION HABITUAL DE LOS PIES.

Tratamiento de Mondiere.

1.° El enfermo cubrirá sus pies con calcetines gruesos de lana, y sobre ellos se pondrá otros de hule de seda, forrados esteriormente de percal blanco, para darles mas solidez. (Con este medio tan sencillo se restablece la traspiracion, que es algunas veces tan abundante, que Mondiere ha visto que muchos enfermos se han visto precisados á mudarse cinco ó seis veces al dia de calcetines de lana para conservar la traspiracion.)

2.° Si no basta este medio se hará que el enfermo tome por la noche baños de pies de arena caliente, de la manera que vamos á decir.

Se hacen cubrir los pies y la parte inferior de las piernas del enfermo, envolviéndolos bien en una tela de lana, y se introducen estas partes de esta manera en una cubeta, que se llenará de arena todo lo caliente que se pueda soportar. Estos baños deben durar de media á una hora, é inmediatamente despues del baño se cubrirán los pies con el calzado que anteriormente hemos descrito.

3.° Se vestirá interiormente de franela, y se evitará el frio y la humedad.

En un caso muy notable citado por Mondiere *(Obs. VIII)*, se necesitaron *seis* baños de arena caliente para restablecer la traspiracion de los pies y hacer cesar una coriza que duraba hacia ya *doce años*.

En los casos en que se pudiera creer que la enfermedad es debida á la supresion *de otro flujo*, seria necesario emplear medios apropiados de los que no creemos oportuno ocuparnos ahora.

Tratamiento de la coriza crónica que presenta algunos restos de agudeza. En los casos en que no exista ninguna causa apreciable es menester investigar si la coriza no presenta algunos síntomas de agudeza, pues entonces se deberia empezar el tratamiento por combatirlos. Simples emolientes, algunos minorativos, algunos ligeros sudoríficos, y los rubefacientes aplicados á

Digitized by Google

las estremidades son los remedios mas generalmente usados, y basta agruparlos en la prescripcion siguiente.

PRESCRIPCION II.

CORIZA CRÓNICA QUE PRESENTA ALGUNOS SÍNTOMAS EN ESTADO AGUDO.

1.° Para bebida: infusion de flores de claveles endulzada con arrope de sauco.

2.° Ocho ó diez veces al dia se aspirará por las narices leche tibia, mezclada con mitad de agua (Sauvages), ó bien se hará por mañana y noche una fumigacion emoliente ó balsámica (Martin Solon).

3.° Se tomará un minorativo, por ejemplo, el siguiente:

℞ Hojas de sen................. 30 gram. (℥j)
Agua hirviendo............. 250 gram. (℥viij)

Se cuela al cabo de media hora, y se añade:

Maná...................... 30 gram. (℥j)

Disuélvase.

Se toma en dos veces por la mañana en ayunas, con media hora de intervalo.

4.° Un pediluvio sinapizado todas las noches, que deberá durar veinte minutos.

5.° Vestir interiormente de franela, evitar el frio y la humedad, y abstenerse de manjares especiados y de licores fuertes.

Es imposible decir de un modo absoluto cuál es la eficacia de este tratamiento, puesto que no se han hecho suficientes estudios sobre esta materia. En la mayor parte de las observaciones que tenemos se le ha puesto en práctica sin buen éxito; ¿pero deberá por eso deducirse que casi siempre ha sido inútil? Sin duda que no, y por una razon muy sencilla: cuando los autores citan observaciones lo hacen siempre para preconizar un tratamiento particular, y por esto han elegido los casos en que habiendo sido inútiles los medios ordinarios, su nuevo tratamiento ha tenido un feliz resultado; pero respecto á los casos en que el tratamiento comun ha sido seguido de buen éxito, no hacen mencion de ellos.

Digitized by Google

Si la prescripcion precedente no surtiese efecto, se pudiera recurrir á medios casi semejantes, pero un poco mas enérgicos, que son los que constituyen la prescripcion siguiente.

PRESCRIPCION III.

1.° Para beber, infusion de violetas caliente, y tomada en grandes cantidades.

2.° Esponer dos veces al dia las fosas nasales al vapor del vinagre, echado sobre un hierro hecho ascua. (Segun Etmuller, esta fumigacion debe emplearse cuando el moco es muy espeso.)

3.° Aplicar un vejigatorio ó abrir una fuente en la nuca.

4.° Por la noche cataplasmas sinapizadas á las dos piernas.

5.° Usar dos ó tres veces al dia el masticatorio que sigue:

℞ Raíz de pelitre.................... 4 gram. (ʒj)
Almáciga........................ 4 gram. (ʒj)

Para tres masticaciones.

Es preciso recomendar á los enfermos que masquen continuamente estas sustancias, durante un cuarto de hora, teniendo cuidado de arrojar la saliva que hacen afluir á la boca.

6.° Precauciones higiénicas iguales á las recomendadas en la prescripcion anterior.

Se ha aconsejado el uso del *masticatorio* con el objeto de producir una derivacion poderosa hácia la mucosa bucal, y para abrir otra via al líquido que fluye en abundancia por la nariz; tambien se ha prescrito fumar *tabaco* con el objeto de llenar estas indicaciones. «Uno de nosotros, dicen los autores del artículo *Coriza del Diccionario de Medicina*, ha aconsejado en un caso de coriza intensa y rebelde á todos los demas medios, fumar diariamente, consiguiendo asi el mas feliz resultado.»

Martin Solon (1) recomienda las *fumigaciones balsámicas;* pero la mayor parte de los casos son demasiados graves para ceder á semejante medicacion. Todo lo que de ellas se puede esperar es algun alivio en ciertos síntomas.

Antes de pasar al tratamiento tónico propiamente dicho, me parece útil dar á conocer unos *polvos estornutatorios* usados por

(1) Gacette médicale de Paris, 1834.

Digitized by Google

el doctor Schneider, de Fulde (1), y que tuvieron buen éxito en un caso en que la espiracion del aire por la nariz era tan fétida que la presencia del enfermo era insoportable aun en un salon. Hé aquí su composicion:

℞ Alcanfor	40 centigram.	(8 g)
Resina de guayaco	50 centigram.	(10 g)
Camedrios	30 gram.	(ʒj)
Azúcar blanca	30 gram.	(ʒj)

Mézclense y redúzcanse á polvo perfectamente homogéneo y muy fino.

El enfermo se sirvió de él á manera de tabaco, y al cabo de quince dias estaba perfectamente curado.

Tratamiento por medio de los tópicos.

En estos últimos tiempos en que ha sido tan frecuente el tratamiento de las inflamaciones de las mucosas por los tópicos, no se ha dejado de aplicarlos á la mucosa nasal. Los doctores Cazenave y Trousseau son los que principalmente han preconizado la eficacia de estos medios, y han presentado en prueba de ella observaciones bastante numerosas. Hé aquí el modo con que Trousseau trata la coriza crónica.

«Las flegmasias crónicas de la membrana mucosa olfatoria, acompañaban, dice, seguian ó precedian tantas veces á las de la piel, *se las veia empezar con tanta frecuencia por una enfermedad cutánea*, que primero ocupaba el labio superior ó la abertura anterior de la nariz y penetraba despues en el interior, que debí pensar desde luego en oponerles los mismos medios terapéuticos cuya eficacia ha sido con tanta frecuencia comprobada en el tratamiento de las enfermedades de la piel» (2).

Estas primeras consideraciones nos dan ya á conocer una circunstancia poco favorable, cual es la de que se han confundido muchas enfermedades diferentes. Ya se ha visto al hablar del diagnóstico del impétigo y de la coriza crónica, que aunque

(1) *Casper's Wochenschriff*, estractado en el *Journ. des connaiss. méd. chir.* Setiembre 1844.

(2) *Nouveau traitement de la Punaisie (ozéne) et du coryza chronique.* (*Journ. des conn. méd. chir.*, t. II, p. 294, Mayo 1835.)

Digitized by Google

haya en estas dos enfermedades síntomas comunes, existen sin embargo diferencias notables: pero como es evidente, por lo que dice Trousseau, que las afecciones de la piel propagadas á la mucosa nasal, han sido tomadas por él, igualmente que por casi todos los autores, por corizas, de aquí se sigue que se ha aplicado un mismo tratamiento á enfermedades muy diversas, lo que impide reconocer la eficacia de este tratamiento en la coriza en particular. Los medios que recomienda Trousseau son los que siguen:

Tratamiento de Trousseau. Queriendo combatir principalmente la enfermedad de la piel, este médico ha recurrido al mercurio como medio principal, y usa las fórmulas de unos polvos y de una solucion. Los polvos se componen de este modo:

Polvos mercuriales.

℞	Protocloruro de mercurio (precipitado blanco)...........	12 decígram.	(℈j)
	Oxido rojo de mercurio......	6 decígram.	(℈ß)
	Azúcar cande en polvo.......	16 gram.	(℥ß)

Mézclese exactamente.

En los niños, el médico ó la persona encargada de cuidarlos, les insuflará el polvo en las fosas nasales por medio de un tubo; los adultos le aspirarán ellos mismos como si fuera tabaco. La inspiracion y la insuflacion debe hacerse seis ú ocho veces al dia, despues que las fosas nasales se han limpiado bien, por medio de lociones, de las mucosidades concretas que las tapizan. Para cada aspiracion basta el polvo que se puede coger con las puntas de los dedos.

«Es bastante comun, añade Trousseau, que arrastrado el polvo por la inspiracion, sea conducido á la garganta, y se mezcle con las mucosidades que llegan allí lenta y sucesivamente. Si los enfermos tragasen estas mucosidades, pudieran resultar inconvenientes graves: náuseas, dolores de vientre, diarrea, y lo que es todavía peor, la salivacion mercurial. Es verdad que nunca he visto se hayan presentado estos accidentes, pero ha consistido en que siempre he recomendado á las personas sometidas á este tratamiento que arrojen por la espuicion el moco que caia en la garganta.» El práctico nunca deberá omitir esta prudente recomendacion.

Digitized by Google

Si los polvos mencionados no produjesen efectos satisfactorios, entonces se recurre á la solucion, cuya fórmula es como sigue:

Solucion de sublimado.

℞ Deutocloruro de mercurio... 8 gram. (ʒij)

Disuélvase en

Alcohol rectificado.......... C. S.

y añádase

Agua destilada.. .... 375 gram. (℥xij)

Esta solucion no debe emplearse pura, porque produciria accidentes muy graves; asi pues se prescribirá del modo siguiente:

De la solucion precedente.. 1 ó 2 cucharaditas de café.

En:

Agua caliente............. un vaso.

Con esta cantidad hay para hacer dos sorbiciones ó dos inyecciones al dia.

Esta dosis, indicada por Trousseau, se halla un poco modificada en otro pasage de su artículo, porque dice: «Se empieza por corta dosis, y á medida que disminuye la susceptibilidad de la membrana olfatoria, se aumenta la dosis proporcional del sublimado, de modo que produzca siempre un ligero escozor y lagrimeo. Cuando parece que el mal está curado, se disminuye progresivamente la cantidad del sublimado, y asi se llega insensiblemente hasta hacer las inyecciones con solo agua pura.»

Dosis. Este último modo de arreglar las dosis del medicamento es el mas prudente, y por esto se empezará por *la cuarta parte de cucharada de café*, y despues se aumentará sucesivamente siempre en la misma cantidad de agua, esto es en *un vaso.* Nunca se debe pasar de la dosis de dos cucharadas de café, porque esta cantidad tiene siempre una accion marcada.

Para evitar las recidivas, que segun Trousseau son muy fáciles, principalmente en invierno á causa de los vientos frios y secos, y en las mugeres en el momento de la época menstrual, este autor prescribe el uso de los polvos mercuriales tres ó cuatro dias al mes, durante cinco ó seis meses.

La falta de un diagnóstico exacto impide, como hemos dicho anteriormente, saber á qué poder atenernos respecto á la eficacia real de estos medios. Sin embargo, Trousseau cita algunos

Digitized by Google

casos en los que, á pesar de que habia una fetidez marcada, nada probaba que hubiese que tratar otra enfermedad que una coriza simple, y en los que el éxito fue completamente feliz; pero Cazenave cita tambien algunos otros en que fue inútil este tratamiento; de suerte que todo lo que se puede decir, á falta de investigaciones mas positivas, es que en ciertos casos indeterminados, el tratamiento anteriormente descrito ha producido muy buen resultado.

Antes que Trousseau, el doctor Cazenave (de Burdeos) se habia ocupado de la coriza crónica y de la ocena. El tratamiento que ha aplicado á estas afecciones es siempre el mismo, de suerte que creo se debe dejar su descripcion para el artículo *Corizas ulcerosa ú ocena*. Solo diré aqui que en los casos en que se habian empleado inútilmente los medios propuestos por Trousseau, Cazenave ha obtenido una completa curacion por medio de la *cauterizacion por el nitrato de plata seco*, que forma la base de su tratamiento. Asi pues, Trousseau dice que inmediatamente que se crea que las inyecciones ó las insuflaciones del polvo mercurial no tienen sobre la enfermedad la accion que era de esperar, es preciso recurrir á la cauterizacion tal como la practica Cazenave. Sin embargo, hay casos en que esta debe hacerse de un modo particular. Tal es el que ha dado á conocer el doctor Lalanne (1). El mal se estendia, por una parte, á los conductos nasales y á las mucosas palpebrales, y por la otra al velo del paladar y al itsmo de las fauces. Lalanne se vió precisado á conducir á todas estas partes un caústico líquido, por medio de instrumentos de madera rodeados de lienzo en su estremidad, y apropiados por su forma á los puntos que convenia tocar. Los cáusticos empleados eran 1.° el *nitrato de plata* 3 á 4 decígramos (6 á 8 granos) en 10 ó 20 gotas de agua; esta solucion servia para dos ó tres veces con el intervalo de dos ó tres dias cada una de ellas; 2.° el *ácido nítrico* (6 á 8 gotas unidas á otras 20 de miel rosada), cáustico que sustituia al precedente; 3.° despues se empleaba el *ácido sulfúrico* á la misma dosis y de la misma manera que el ácido nítrico, y en seguida se volvia á empezar otra vez. De esta manera obtuvo la curacion en tres meses.

Tratamiento por la pimienta cubebas unida al carbonato de

(1) *Anal. succ. de l'ouvrage de M. Cazenave*, etc.

Digitized by Google

hierro. El profesor J. Black (1) ha citado un ejemplo notable de coriza crónica curada por la pimienta cubebas: por lo tanto, importa dar algunos pormenores acerca del modo con que fue dirigido el tratamiento. Black juzgó conveniente combinar primero la cubebas con el carbonato de hierro y prescribió lo siguiente:

℞ Pimienta cubebas.......... 6 gram. (ʒjß)
Carbonato de hierro........ 12 decígram. (℈j)

Mézclese y divídase en tres papeles iguales para tomar entre obleas durante el dia con iguales intervalos.

Al cabo de tres dias de este tratamiento los síntomas remitieron mucho, el flujo nasal disminuyó y la enfermedad marchaba hácia la curacion, no obstante de algunas leves recaidas. Entonces se disminuyó poco á poco la dosis de los polvos; pero habiendo recaido el enfermo al cabo de algun tiempo, la enfermedad recobró su primera intensidad.

Tratamiento por la pimienta cubebas sola. Deseando saber el doctor Black si era á la pimienta cubebas ó al carbonato de hierro al que se debia atribuir la supresion del flujo, prescribió el carbonato de hierro por espacio de una semana sin obtener ningun resultado; entonces usó solo la pimienta cubebas, que produjo un efecto notable. El flujo disminuyó inmediatamente, y desapareció al cabo de quince dias; cinco meses despues no habia vuelto. Se continuó la administracion de la pimienta cubebas por espacio de quince dias mas despues de haber desaparecido todos los síntomas.

Aunque este esperimento necesita repetirse antes de que se pueda formar un juicio definitivo acerca de su eficacia, siempre es cierto que lo que ha sucedido en este interesante caso ha debido inducir á los prácticos á recurrir á este medio cuando el flujo es claro y abundante y no se le puede curar por los diversos tratamientos indicados anteriormente.

La accion de la cubebas sobre este flujo nasal, le asemeja al flujo uretral crónico, es decir, á la blenorrea. Por consiguiente se pueden ensayar algunos medios que tienen buen resultado en esta última enfermedad. Se podria, por ejemplo, prescribir el *bálsamo de copaiba* y las *inyecciones astringentes*. Pero esta es una indica-

(1) *The Lancet*, 1840.

Digitized by Google

cion que hago de paso, con el fin de que la observacion y la esperimentacion nos ilustren mas adelante.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° Combatir las causas especiales, si existen, restablecer la traspiracion habitual de los pies, hacer cesar el uso del tabaco rapé, etc. 2.° ligeros sudoríficos, emolientes, minorativos, rubefacientes en las estremidades, fumigaciones ligeramente irritantes hácia las fosas nasales, masticatorios irritantes, estornutatorio del doctor Schneider; 3.° medicacion tópica propiamente dicha, polvos ó soluciones mercuriales (Trousseau), cauterizacion con el nitrato de plata (Cazenave); 4.° uso de la pimienta cubebas (Black) ó de otros medios apropiados para curar, por via indirecta, los flujos mucosos.

APENDICE.

FETIDEZ DE LAS NARICES, MAL OLOR DEL ALIENTO.

Dysodia (Sauvages).

He creido conveniente hacer de este síntoma un artículo aparte, porque muchos autores han hecho de él una enfermedad particular é independiente de toda ulceracion é inflamacion de las fosas nasales, y tambien porque en ciertos casos de fetidez de las narices es bastante difícil decir si existe ó no coriza, ya simple, ya ulcerosa.

En los casos anteriormente mencionados y aun en aquellos que se refieren á sugetos adultos y bien conformados, no hay duda que la irritacion hipercrínica fue la causa de la fetidez del aliento, igualmente que de los otros síntomas; pero en ciertas personas que tienen mala conformacion de las fosas nasales, en los chatos ó en los niños en quienes está deprimida la raiz de la nariz, ¿es menester una inflamacion crónica de la pituitaria para producirla? Si se creyese á Sauvages, no es absolutamente necesaria. En su artículo *Dysodia*, *fetidez*, este autor dedica un párrafo á lo que él llama *Dysodia arhinostenote*, la que define así: Fetidez de las narices, debida á la detencion prolongada del moco ó del *aire*, á causa de la estrechez de estas cavidades.

Desde luego es evidente que la detencion prolongada del aire

Digitized by Google

es contraria á las leyes fisiológicas; pero prosigamos. Segun Sauvages, la estrechez de las fosas nasales puede depender de distintas causas: 1.° *Nares sunt resimæ*, es decir que la nariz está deprimida hácia su raiz (fetidez de los chatos); 2.° las fosas nasales estan obstruidas por un pólipo, un sarcoma ó moco espesado; 3.° lo estan por una escrecencia ó una fluxion. Se ve pues, que únicamente los casos incluidos en la primera categoría pueden mirarse como los únicos que presentan una fetidez esencial de las narices; ¿pero está fundado este hecho en la observacion? Es imposible decirlo, puesto que solo tenemos la asercion de Sauvages.

En vista de estas consideraciones importa poco examinar separadamente este síntoma, porque por una parte, lo que sabemos acerca del tratamiento de la coriza crónica simple y de la coriza crónica ulcerosa prueba que no se necesitan medios particulares para combatir el olor que se exhala de las narices, pues este síntoma es el primero que desaparece cuando se logra curar la coriza, y por otra no está perfectamente demostrado que en los chatos y aun en los niños pequeños no sea preciso cierto grado de coriza, y aun quizás ulceraciones para que haya fetidez del aliento. Sin embargo, voy á referir lo que Sauvages espone respecto al tratamiento. Si la disodia, dice, es debida á la depresion de las fosas nasales es incurable, y todo lo que se puede hacer es emplear los paliativos siguientes:

PRESCRIPCION IV.

MEDIOS PALIATIVOS CONTRA LA FETIDEZ DEL ALIENTO.

1.° Se hacen sorbiciones varias veces al dia con agua tibia aromatizada con esencia de menta, un poco de agua de Colonia, etc., de modo que se limpien las fosas nasales del moco fétido que las obstruye.

2.° Se tomará tabaco rapé, y se inspirará por las narices otros polvos olorosos; se unta estas cavidades con una pomada aromática.

3.° Se agrega á estos paliativos la sustancia reconocida en la actualidad como el mayor desinfectante, el *cloro*. Asi pues, se harán sorbiciones cinco ó seis veces al dia con agua tibia, en la cual se pondrá una sesta parte de *cloruro de cal líquido*.

Digitized by Google

Es preciso advertir que todos estos medios no producen mas que un efecto momentáneo, al paso que la causa de la fetidez no cesa de obrar, de suerte que no constituyen sino ligeros paliativos. En los casos en que la disodia era debida á una coriza, no han producido un verdadero resultado favorable, al paso que el síntoma desaparecia prontamente desde que se empezaba á dominar la inflamacion crónica.

En los niños pequeños que tienen una disodia debida á la depresion de la raiz de la nariz, se puede, segun Sauvages, esperar que la curacion se consiga con el trascurso de tiempo. Cuando el niño avanza en edad, la raiz de la nariz se eleva, las fosas nasales adquieren mas amplitud, el aire halla paso con mas libertad, y el moco menos espeso sale mas fácilmente. Estas son otras tantas aserciones que, como otras muchas que ya he indicado, y las infinitas que tendré que señalar, deben someterse á una observacion mas rigurosa.

ARTICULO IV.

CORIZA ULCEROSA.

(Rinitis ulcerosa, ocena.)

Esta enfermedad ha sido conocida desde muy antiguo, no solo en sus síntomas fáciles de comprobar, sino tambien en sus lesiones. En efecto, los Griegos han dado el nombre de *ocena* á una afeccion que consiste en una ó muchas úlceras en las fosas nasales, en la existencia de numerosas costras en estas cavidades, y en la exhalacion de un olor fétido por las narices (1). Sin embargo, muchos autores y principalmente los modernos, han estendido mas allá de estos límites el círculo de esta enfermedad, y han dado el nombre de *ocena* á toda afeccion de las fosas nasales que produce un olor muy fétido. Este es un error, que aunque autorizado por la etimología no deberia imitarse, y que no ha sido cometido por los médicos célebres de otros siglos. La fetidez del aire espelido por las narices no constituye mas que un síntoma comun á muchas enfermedades muy diferentes, y aun si se ha de creer á los antiguos, y en particular á Sauvages (véase pág. 127),

(1) *Celso, De remed.*, lib. IV, cap. V, sect. I.

Digitized by Google

esta fetidez puede existir sin ninguna lesion de la membrana pituitaria, y no reconocer por causa mas que un simple vicio de conformacion de las cavidades nasales. Asi, Lázaro Riverio, Fernelio, Sauvages, Wepfer, etc., etc., han distinguido con cuidado la enfermedad á que han dado los nombres de *fœtor narium, dysodia,* de la ocena propiamente dicha, ó *úlcera fétida*. Percy y Laurent (1) definen la ocena: «Una *ulceracion* de la mucosa de las fosas nasales, del *velo del paladar* y del *seno maxilar*, que vertiendo un pus fétido, impregna el aire que se encuentra en contacto con él de un olor tan repugnante, que se ha comparado al insoportable que exhala una chinche despachurrada.»

¿Se puede admitir sin restriccion la definicion de estos dos autores? Creo que no. Hay un gran número de observaciones en que al parecer está bien demostrada la existencia de las ulceraciones, sin que por eso haya habido esta fetidez tan repugnante de las narices. Estos casos son las úlceras benignas ó simples de algunos cirujanos (2); ¿se deberá hacer de las úlceras fétidas y no fétidas dos enfermedades distintas? Seguramente que no; porque en las descripciones que nos legaron los antiguos no hallamos en estas lesiones, fuera de su fetidez, ningun carácter por el que se pueda distinguir la úlcera fétida de la que no lo es. La fetidez es pues un fenómeno que no podemos referir á ningun estado particular de la lesion material, y por decirlo asi, es un simple accidente. Aun hay mas; en ciertas observaciones se ven úlceras, primero poco dolorosas y que despiden un olor fétido, por consiguiente benignas, que cambian de carácter al cabo de cierto tiempo y adquieren todos los de las úlceras malignas que constituyen la ocena propiamente dicha. Por todos estos motivos he creido oportuno hacer, con el título de coriza ulcerosa ó rinitis ulcerosa, la historia de las ulceraciones de las fosas nasales cualesquiera que sean, reservándome esponer en cada artículo lo que puede haber de especial en la ocena propiamente dicha.

Este modo de tratar esta materia es nuevo, pero no se diferencia del que en la actualidad se halla generalmente adoptado para describir las diversas lesiones de las demas mucosas. Para no citar mas que un ejemplo, diré que se divide la laringitis en

(1) Dict. des Sciences médic. t. XXXIX, p. 71; art. *Ozena*.

(1) DESCHAMPS, *Dissert. sur les malad. des fosses nasales*, año XI, p. 189 y sig., BOYER. *Traité des mal. chir.*, t. VI, p. 97 y sig.

Digitized by Google

tantas especies como lesiones fundamentales hay: asi pues se admite la laringitis simple, aguda y crónica, y la laringitis ulcerosa, que corresponden exactamente á la coriza simple y á la coriza ulcerosa, de cuya historia me ocupo ahora. Esta division se apoya en la analogía; pero aun cuando no la tuviese, no por eso podria dejar de proponerla á causa de su sencillez y del órden lógico en que presenta los hechos.

§. I.

DEFINICION, ESPECIES, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En virtud de lo que se acaba de decir, se debe dar el nombre de coriza ó de rinitis ulcerosa, á toda alteracion de la mucosa nasal. Sin embargo, es preciso esceptuar los cánceres ulcerados en razon á que estas afecciones, de naturaleza enteramente particular, atacan las partes mucho mas profundamente, y estan tan caracterizados por la ulceracion á que dan lugar, como por la degeneracion de tejidos que la precede.

Si nos atenemos á las opiniones de los autores se pueden admitir tres *especies* distintas de coriza ulcerosa: 1.° Coriza ulcerosa simple (úlceras benignas); 2.° coriza ulcerosa maligna (úlceras malignas); 3.° coriza ulcerosa sifilítica (úlceras sifilíticas); estas dos últimas presentan un olor fétido de las narices que ha hecho que se les dé el nombre de *ocena*. No hago mencion aquí de las úlceras escorbúticas de la pituitaria, que constituyen una especie distinta en los autores antiguos, porque en ninguna parte he hallado la prueba de que hubiese algo de particular en estas úlceras, y porque no se ha demostrado su naturaleza escorbútica.

Cuando se han leido con atencion las observaciones y descripciones patológicas, no se puede menos de tener algunas dudas acerca de la existencia de la primera especie. En efecto, consúltese la obra de Boyer, quien la ha descrito minuciosamente, y se verá que los caracteres que la atribuye pueden aplicarse igualmente al impétigo de las narices, aunque no ha dejado de mencionar la existencia de las pústulas características. Por consiguiente, si en mi descripcion trato á parte de la coriza ulcerosa simple es únicamente porque se encuentran algunas observaciones en que, sin estar seguro de que no existia un impétigo, no

Digitized by Google

se reconocen todos los caracteres de la ocena propiamente dicha, y sobre todo la fetidez. Yo no hago mas que esponer el estado de la ciencia, indicando las lagunas que la observacion tiene todavía que llenar.

La *coriza ulcerosa* ha recibido un gran número de nombres diferentes, algunos de los que ya he tenido ocasion de mencionar; pero los mas generalizados son los siguientes: *Rinitis ulcerosa*, *úlceras benignas* ó *simples, úlceras malignas, úlceras sifilíticas*, *fetidez de las narices*, *fetidez del aliento*, *ocena, ocena ulcerosa*, *ocena sifilítica*, *ocena venérea.*

No se puede determinar la *frecuencia* de la coriza ulcerosa con arreglo á investigaciones positivas. Sin duda se encuentran un gran número de ejemplos de esta enfermedad en los autores antiguos y modernos; pero no se debe deducir de aquí que se la deba colocar entre las mas frecuentes. En efecto, esta enfermedad ha llamado en todos tiempos la atencion de los médicos, y no es estraño que hayan reunido muchas observaciones de ella. Todo lo que se puede decir es que no es rara. De las tres especies indicadas anteriormente, la mas frecuente, sin disputa, es la última, es decir, la ocena sifilítica. No solamente abundan los ejemplos de úlceras venéreas, sino que tambien los resultados del tratamiento deben hacernos admitir que en un gran número de casos, en que no se ha indicado formalmente la naturaleza de la enfermedad, la lesion era debida al virus sifilítico.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Es sumamente difícil descubrir, en los hechos consignados en la ciencia, las causas predisponentes bien positivas de esta enfermedad; sin embargo, hé aqui los datos mas exactos que nos suministran las observaciones.

Segun los autores, las *edades* mas espuestas á padecer la ocena ulcerosa, son la infancia y la adolescencia. Las observaciones que tengo á la vista son todas hechas en sugetos que tienen menos de treinta años, pero no encuentro ninguna que se refiera á individuos menores de diez años. Quizás haya algunas de que no tenga noticia; pero como he consultado un gran número de au-

Digitized by Google

tores, se debe creer que la enfermedad es poco comun en los primeros años de la vida. Bajo este punto de vista J. J. Cazenave (1) ha referido un hecho que es muy notable: «el Sr. N., el padre, dice este autor, tuvo fetidez de las narices hasta la edad de venticinco á veintiseis años, y se curó sin tratamiento de ninguna especie.» Este hecho confirma al parecer la opinion de los autores, puesto que segun todas las apariencias, la curacion ha sido debida á los progresos de la edad. Sin embargo, es preciso añadir que generalmente no sucede asi, y á no curarse por un tratamiento eficaz, la ocena persiste indefinidamente. Quizás tampoco se trataba en los casos que acabamos de citar, mas que de la fetidez de las narices de los chatos, y no de una coriza ulcerosa fétida.

¿Tiene el sexo alguna influencia en la produccion de la ocena? A esto no se puede contestar en el estado actual de la ciencia.

Habiendo admitido una ocena escrofulosa, se ha debido considerar al *temperamento linfático* como el mas favorable al desarrollo de esta enfermedad. Pero los autores no han hecho mas que afirmarlo, y en vano se buscaria suficiente número de hechos detallados que prueben rigurosamente que las escrófulas son una de las causas de la ocena. Sin embargo, sabemos que los escrofulosos estan espuestos á inflamaciones crónicas de la nariz, y por consiguiente, no se debe afirmar ni negar que estas inflamaciones puedan degenerar en ocena. La opinion de los autores no es pues inverosímil, solo repito que no está exenta de algunas dudas.

Tambien se ha descrito *una ocena escorbútica*, de donde se sigue que los que presentan algunos signos de escorbuto estan mas espuestos que los demas á la ocena; pero en ninguna parte se encuentran pruebas de esta asercion.

Lo que hemos dicho anteriormente acerca de que se ha confundido el diagnóstico de la coriza ulcerosa y el del impétigo de las narices, basta para no admitir la existencia de la *ocena herpética*.

Podian citarse muchos hechos en favor de la trasmision por *herencia* en esta enfermedad. Asi pues, en el caso mencionado por Cazenave y citado mas arriba, se ve que el padre y el hijo

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1839, n.° 28, p. 445.

Digitized by Google

atacados de esta afeccion, tenian ambos una depresion marcada de la raiz de la nariz. Pero todavía no se han hecho investigaciones bastante exactas acerca de este punto para que se pueda saber cuál es el grado de influencia de esta causa, y aun si existe realmente; porque en los casos en que se la ha indicado, podia haber una simple coincidencia. Generalmente se ha creido que los sugetos que tenian una depresion marcada de la raiz de la nariz y las aberturas de esta aplastadas eran frecuentemente atacados de la ocena.

Las personas muy *espuestas á la coriza simple* ¿estan mas dispuestas que las demás á padecer la coriza ulcerosa? Esta es una cuestion que es menester agregar á otras muchas que hay que estudiar, si bien algunos autores han pretendido que esta causa existia realmente; pero no he encontrado los hechos en que la fundaban.

2.° Causas ocasionales.

¿La ocena es contagiosa? Nada lo demuestra positivamente. No obstante, Standigelius refiere (1) un hecho que puede inspirar algunas dudas tocante á esto, y que merece ser indicado. Los cuatro hijos de un campesino fueron acometidos en la misma semana de una oceua con insoportable fetidez. Pero es menester añadir que en el momento en que la enfermedad se declaró con mas fuerza, estos niños no estaban reunidos, de suerte que se puede esplicar esta simultaneidad de la aparicion de la ocena ya por un contagio que no habia dado lugar á síntomas bastante marcados para llamar la atencion, sino en una época bastante distante, ya por un vicio de familia cuyos efectos se habrian hecho sentir casi en la misma época. Estas solo son simples presunciones que hubieran podido tener mayor grado de probabilidad si la observacion no fuese tan escasa en pormenores importantes, y si hubiese sido recogida con el cuidado que se tiene en la actualidad.

Boyer cita entre las causas ocasionales *la estirpacion de un pólipo*. Es mas que probable que este célebre cirujano haya observado hechos de este género; pero no cita ejemplos, y tampo-

(1) *Ephem nat. cur.*, dec. an., VII y VIII, observ. CX, CV, De *ozœna in quatuor fratribus*.

co se los encuentra en los autores. Por lo demás, la coriza ulcerosa, producida por esta causa, asi como por las demás causas esternas, es una coriza sin fetidez, es la úlcera simple ó benigna de Deschamps y Boyer.

¿Pueden las *causas de la coriza simple* producir la coriza ulcerosa? Segun la opinion de muchos autores, seria preciso admitirla; porque segun ellos la coriza simple puede degenerar en coriza ulcerosa. Si se nos citasen hechos en los que positivamente no ha sucedido asi, seria menester ceder á la evidencia; pero nada de esto hay, y como la coriza caracterizada desde el principio por la ulceracion de la pituitaria debe necesariamente presentar muchos síntomas de la coriza comun, tales como la picazon de la nariz, los estornudos, la sensacion de obstruccion, etc., de aqui se sigue que es preciso hacer el exámen del enfermo con gran atencion para asegurarse de que en el principio la coriza consistia únicamente en una inflamacion pura y simple de la mucosa, inflamacion que despues se convertia mas adelante en ulcerosa. Los que consideran como demostrada la existencia de esta causa, piensan que las frecuentes *irritaciones* producidas en las fosas nasales con los dedos y con instrumentos destinados á conducir los medicamentos sobre la membrana mucosa, ó determinados por la accion de estos mismos medicamentos, bastan para que la coriza tome un carácter que no tenia primero, y para hacerla pasar al estado ulceroso.

Pero de todas las causas, la que está mejor demostrada es sin contradiccion la *accion del virus venéreo*, ya que haya una infeccion antigua y generalizada, ó ya que el contacto directo haya producido las ulceraciones sifilíticas. Un gran número de hechos han puesto fuera de duda la existencia y la eficacia de esta causa, en cuyos hechos estan plenamente confirmados por antecedentes los síntomas venéreos concomitantes y la accion favorable y rápida de las preparaciones mercuriales. No hay duda que en un gran número de casos en que los sugetos han afirmado que jamás habian contraido la sifilis, esta causa ha existido, ya que los enfermos hayan engañado al médico, ó ya que hayan tenido sin saberlo accidentes primitivos de aquella enfermedad.

Se ve pues, por lo que se acaba de decir, que las causas de la ocena son las mas veces muy oscuras, como Boyer lo ha hecho notar. ¿Es inherente esta oscuridad á la naturaleza misma de es-

Digitized by Google

tas causas ó se debe atribuir á la falta de datos suministrados por los observadores?

§. III.

SÍNTOMAS.

1.º *Coriza ulcerosa sin fetidez (úlceras simples ó benignas de la membrana pituitaria,* Deschamps, Boyer).

Segun Boyer, las ulceraciones simples tienen generalmente su asiento en la parte anterior del tabique de las fosas nasales, en el punto de reunion de la porcion cartilaginosa y de la porcion huesosa. Sus dimensiones son variables; pero las mas veces no esceden en profundidad al espesor de la membrana pituitaria; su superficie está roja y granugienta.

El *dolor* es poco ó ninguno; algunas veces no hay mas que una comezon incómoda que induce á los enfermos á introducir á menudo los dedos en las narices, lo que puede retardar la curacion.

Si se recuerda lo que se ha dicho mas arriba respecto del *aspecto del moco* en la coriza crónica simple, se comprenderá que este producto de la secrecion pituitaria puede estar alterado en su consistencia, color, etc., sin que se deba necesariamente atribuir esta alteracion á las úlceras; pero ordinariamente en estas úlceras benignas, el moco mismo se halla en el estado normal; solo que el pus suministrado por las úlceras se mezcla con él bajo la forma de costras negruzcas que se quitan los enfermos, ó que se desprenden espontáneamente.

Hé aqui todo lo que los autores nos han dejado escrito acerca de las úlceras simples ó benignas de la membrana pituitaria. Doy esta descripcion tal como la he encontrado, sin salir garante de todos sus pormenores. En efecto, ¿qué de cosas no serian necesarias para probar, á falta de observaciones, que los autores no han confundido diversas enfermedades? ¿Cómo se han examinado las úlceras? ¿Se ha seguido con cuidado sus progresos? En los casos en que se ha demostrado bien su presencia, ¿no ha sobrevenido ningun otro fenómeno que los que se acaba de describir, y la fetidez sobre todo no se ha presentado en ninguna época de la enfermedad? En el dia que Cazenave ha establecido

Digitized by Google

los principios del modo de esplorar bien las fosas nasales, será posible resolver por medio de nuevas observaciones estas cuestiones dudosas; lo que sin embargo no podrá verificarse sin dificultad, porque algunas veces es muy trabajoso descubrir pequeñas ulceraciones que se ocultan en la profundidad de estas cavidades, y aun en ciertos casos no se las puede percibir.

2.° *Coriza ulcerosa fétida (ocena propiamente dicha).*

Ya he dicho mas arriba, que respecto á las causas habia dos especies principales de coriza ulcerosa fétida, á saber: la *coriza ulcerosa sifilítica* y la *coriza ulcerosa no sifilítica.* La primera cuestion que se presenta es la de saber si en sus síntomas propios estas dos especies presentan algunas diferencias que puedan servir para distinguirlas. Recorriendo las observaciones y las descripciones generales con que los antiguos y los modernos han enriquecido la ciencia, se ve que es imposible descubrir en ellas ningun signo distintivo de alguna importancia, y se está siempre reducido bien á síntomas que tienen otro asiento diferente de las fosas nasales, ó á los datos suministrados por el enfermo. Por esta razon, no se puede pensar en hacer una descripcion particular de cada una de estas especies, aunque los autores que han escrito acerca de las afecciones sifilíticas hayan hecho la historia de la ocena venérea.

No tenemos una buena descripcion de las ulceraciones que constituyen la lesion esencial de la ocena; pues los autores antiguos se limitan casi todos á decir que la ocena es debida á úlceras saniosas, sórdidas y de mala naturaleza; pero no nos dan pormenores exactos acerca de su asiento, aspecto, estension, etc. Los modernos en sus observaciones han entrado en detalles muy interesantes; pero las ulceraciones tienen caracteres muy diversos segun los casos, y los hechos son todavía demasiado pocos para que se pueda presentar otra cosa que vagas generalidades. Lo que resulta de los hechos es lo siguiente.

El *asiento* de las ulceraciones varía; sin embargo, J. J. Cazenave las ha hallado las mas veces cerca de la raiz de la nariz, ya en la porcion de la membrana pituitaria que tapiza los huesos propios de la nariz, ya en la porcion inmediata del vomer. Su *estension* no varía menos: algunas veces son numerosas y

Digitized by Google

muy pequeñas; mas comunmente solo se encuentran dos ó tres bastante grandes; en una palabra, son tanto menos estensas, cuanto mas numerosas son.

La *forma* de estas ulceraciones no puede describirse de un modo general, porque faltan totalmente las descripciones particulares. La mayor parte de aquellas cuya forma se ha descrito eran irregulares. Su *profundidad* varía mucho; las mas veces, ateniéndose á las descripciones que tenemos, son profundas, porque la alteracion llega hasta los huesos, de los cuales algunas porciones necrosadas son espelidas por las aberturas de la nariz. Por lo demás, este es un resultado que era de esperar despues de lo que se ha dicho acerca de la mucha frecuencia de la coriza ulcerosa sifilítica que ataca los huesos con una predileccion tan marcada. En estos casos, los bordes de las ulceraciones son irregulares, estan hinchados y mas ó menos desprendidos, de manera que se forman pequeños senos, donde estacionándose el pus, adquiere mucha fetidez. Tambien se halla un engrosamiento, y aun muchas veces un reblandecimiento de la mucosa que los rodea.

Al mismo tiempo que se desarrollan estas ulceraciones, se segrega y sale un *líquido mucoso purulento*, ya por la abertura posterior de las fosas nasales, ya en fin, lo que es mas comun, por la anterior y la posterior. Los antiguos se contentaban con designar este líquido por las palabras de *sanies*, de *moco sanioso*, de *icor pútrido*, etc., etc. Pero en las observaciones de J. J. Cazenave se ve que las mas veces el material segregado se presenta en las aberturas de la nariz bajo la forma de un líquido espeso, amarilloverdoso, verdeparduscо, ó bajo la de costras mas ó menos adheridas y negruzcas. A veces esta materia se concreta hácia la abertura posterior de las fosas nasales, y entonces es cuando los enfermos se ven obligados á hacer una fuerte aspiracion por la nariz para hacerlas caer en la faringe y espelerlas en seguida.

La presencia de este moco en las fosas nasales produce muchos efectos diferentes. Obstruye mecánicamente estas cavidades; y esta *obstruccion* agregada á la que determina el engrosamiento de las partes blandas, ocasiona el romadizo, comun á esta enfermedad y á la coriza simple. Pero lo que es peculiar de la primera de estas dos afecciones, es el *olor fétido* del moco nasal. Algunos autores antiguos atribuyen principalmente este olor á la

Digitized by Google

retencion de la materia de la escrecion; pero es preciso reconocer que las mas veces es inherente á esta materia, aun en el momento de formarse, porque aunque las cavidades nasales esten perfectamente limpias y el moco no haya podido detenerse, el aliento del enfermo continúa siendo fétido. Sin embargo, es de creer que la retencion del pus puede aumentar su propia fetidez.

Se ha comparado el olor repugnante que se exhala de las narices de los sugetos afectados de coriza ulcerosa fétida con el de una chinche despachurrada, y esto es lo que ha hecho dar en Francia á la enfermedad el nombre de *punaisie* (*de punais*, *chinche*). Pero este olor no es constantemente el mismo; pues por ejemplo, en un caso se asemejaba al olor del sudor de los pies. Todo lo que se puede decir es que es penetrante, nauscabundo y hace insoportable la presencia de los que le exhalan. Esta fetidez es el síntoma que los enfermos miran como mas grave, y el que casi siempre les induce á recurrir á los auxilios de la medicina.

En cierto número de casos que es imposible determinar, se observa al esterior de la nariz una *deformidad* que ocupa las mas veces la raiz, pero que se manifiesta tambien en las demas partes. Existe en el parage afectado una hinchazon con dolor mas ó menos marcado, y á la presion se halla una resistencia pastosa; algunas veces la piel se pone de color rojo lívido, y comprimiendo se percibe una crepitacion marcada; en fin, si llega á desprenderse una porcion de hueso necrosado, y sale, ya por lo interior de las fosas nasales, ya á través de la piel ulcerada, el punto correspondiente se aplana, y si es hácia la raiz de la nariz, esta se acorta, su punta se levanta y aparece como aplastada entre los ojos. Cuando solo se halla atacado un lado de la nariz, este órgano se tuerce en cierta manera, y cuando las esquirlas del hueso necrosado han salido por la piel, una cicatriz irregular aumenta todavía la deformidad. Esto es lo que sucede las mas veces en la coriza ulcerosa. En un caso observado por el doctor Priou, de Nantes (1), apareció en el lado izquierdo de la nariz un tumor del tamaño de una avellana, que se abrió al esterior, y se cicatrizó rápidamente.

(1) *Gaz méd.*, vol. IV, 1836, p. 727.

Digitized by Google

Segun algunos autores antiguos, y particularmente Fernelio, las alteraciones de las paredes huesosas no se limitan á la parte superior de las fosas nasales, sino que *con frecuencia* perforan la misma bóveda palatina (1). Pero no está probado que en todos los casos en que sucedia esto, no padecia el enfermo un verdadero cáncer de las fosas nasales.

A estas lesiones del órgano primitivamente afectado acompañan, si el mal ha invadido el saco y el conducto nasal, *síntomas* de *oftalmia* y una *epífora* continua, como lo han observado Percy y Laurent. *(lug. cit.)*

Los autores antiguos han dicho *que las ulceraciones podian ocupar* los senos, y *especialmente los senos maxilares;* pero en ninguna parte se encuentra el menor vestigio de semejante descripcion. Segun Morgagni (2), Drakins ha demostrado que el orígen del moco fétido y de la sanies puede existir en los senos; pero es imposible saber si en los casos en que sucede asi existen realmente ulceraciones, ó no se trata mas que de una simple coriza fétida propagada á los senos, ó en fin, si la enfermedad no es un verdadero carcinoma de estas cavidades. La poca precision en el diagnóstico y los escasos pormenores en las descripciones impiden juzgar nada con facilidad y acierto acerca de este punto. Por lo demas, suponiendo que se desarrollan ulceraciones en una membrana tan fina como la de los senos, no se podria sospechar el verdadero asiento de la enfermedad mas que en los casos en que se agregasen síntomas muy marcados á una sensacion de tension y de obstruccion en una de estas cavidades, y á una integridad perfecta de toda la parte de las fosas nasales accesible á nuestros medios de esploracion.

Si, como se ha hecho generalmente hasta ahora, se da el nombre de *ocena* á toda enfermedad caracterizada por un flujo de materia saniosa por la nariz y por el olor fétido que se exhala de este órgano, se puede decir que en un gran número de casos esta enfermedad *es muy dolorosa,* porque los cánceres se hallan tambien incluidos en ella. Pero si en virtud de lo que se ha dicho mas arriba, se ha reservado estas últi-

(1) FERNELIO, lib. V, cap. VII, *Pathol.: De morb. narium*, ed. 1679.
(2) *De sed. et causis morb.*, epist. XIV, 22.

Digitized by Google

mas lesiones para estudiarlas aparte, se puede afirmar que á no haber necrosis de los huesos, periostitis y *absceso*, el *dolor* es poco considerable; de suerte que la coriza ulcerosa sifilítica que produce estos desórdenes seria casi la única verdaderamente dolorosa en ciertas épocas de su existencia. Sin embargo, este es un punto que exige nuevas investigaciones.

La coriza ulcerosa no presenta ordinariamente otros síntomas que los locales que se acaba de describir. Se han visto algunos sugetos que la padecian sin que su salud se hubiese alterado ni sobrevenido ninguna complicacion. Pero si una inflamacion aguda, producida ya por los progresos de la lesion local, ya por una rinitis contraida en una estacion fria y húmeda, se agregase á la enfermedad principal, entonces se podria observar la cefalalgia y un movimiento febril mas ó menos intenso.

Tal es la descripcion de los síntomas de la coriza ulcerosa, segun lo que resulta de las investigaciones de los autores; lejos de disimular su insuficiencia en un gran número de puntos, la indico aquí de nuevo, á fin de inducir á los modernos observadores á que ilustren estos puntos oscuros con la claridad de los nuevos métodos.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la coriza ulcerosa es casi siempre crónico; sin embargo, se han citado algunos casos en los que ha recorrido su curso con rapidez, y estaban acompañados de síntomas de agudeza bien marcados. El *principio* es las mas veces insidioso; pues se cree hay que tratar solo una leve coriza, que no presenta otros síntomas que un poco de estorbo y un ligero aumento de secrecion de moco; pero al cabo de cierto tiempo se manifiestan los síntomas graves que se han descrito mas arriba, y despues de su aparicion hacen continuos progresos. Esto es lo que esplica por qué Percy y Laurent *(lug. cit.)* han dicho que la ocena empieza siempre por una coriza simple; asercion que está lejos de ser exacta, como lo demuestran las observaciones. En algunos casos, los autores *afirman* que el principio se ha marcado por la aparicion de una coriza intensa.

Digitized by Google

¿Pero se trataba de una inflamacion simple? Las investigaciones hechas son demasiado insuficientes para que se pueda responder á esta cuestion.

En cuanto á la *duracion* de la afeccion es indeterminada, pues se la ha visto prolongarse durante mas de cincuenta años. Por lo general, cuando no se ha usado tratamiento eficaz, la coriza ulcerosa no tiene ninguna tendencia á la curacion.

Teniendo cuidado de estudiarla con separacion, como hemos hecho, de los cánceres y pólipos de mala naturaleza, se puede decir que la coriza ulcerosa, con ó sin fetidez, sifilítica ó no sifilítica, no tiene una *terminacion* funesta; pues aun en los casos de ocena sifilítica, cuando sobreviene la muerte, esta es ocasionada por una enfermedad de diferente naturaleza sifilítica, ó por una lesion profunda sifilítica cuyo asiento se halla en otro órgano.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Al hacer la descripcion de las ulceraciones, estudiadas como síntomas, he dado tantos pormenores acerca de ellas, que me queda muy poco que añadir. Desprendimientos de la mucosa, su engrosamiento, reblandecimiento y destruccion en muchos puntos, porciones de hueso puestas á descubierto; otras desprendidas, rugosas, desmenuzables, parduscas ó negruzcas; senos que contenian una sanies fétida; tales son las lesiones que se han visto en los cadáveres: asi se confirma la opinion de los antiguos, los que en su mayor parte admitian la existencia de úlceras en esta enfermedad, aunque en muchos casos no habian podido percibirlas.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Al hablar del diagnóstico de la ocena se *presentan* un gran número de cuestiones. En efecto, es preciso distinguir esta afeccion de todas aquellas que pudieran parecerse á ella, y además estudiar con cuidado las diversas especies de

Digitized by Google

coriza ulcerosa, porque cada una de ellas puede exigir un tratamiento particular. Es, pues, necesario un gran órden en la esposicion de este diagnóstico, y por esto divido este párrafo en dos partes distintas: en la primera se trata de las diversas especies de coriza ulcerosa, y en la segunda investigaré cuáles son los signos distintivos de las enfermedades que se pudieran confundir con ellas.

A. *Diversas especies de la coriza ulcerosa comparadas entre sí.*

Segun Deschamps y Boyer, que son los que mas se han dedicado á distinguir las úlceras simples ó benignas de las úlceras malignas de la membrana pituitaria, la coriza ulcerosa simple se diferencia de la coriza ulcerosa maligna é inveterada, en que en la primera las ulceraciones son poco dolorosas, el moco nasal no está alterado, y solo algunas veces sale mezclado con un poco de sangre: no hay olor fétido y la curacion es mas fácil. No tengo precision de hacer notar cuán vago é incierto es este diagnóstico, el único que tenemos. El poco dolor de las ulceraciones puede encontrarse en corizas ulcerosas muy fétidas y muy difíciles de curar; el olor fétido no solamente puede desarrollarse en ulceraciones que primitivamente parecian simples, sino que tambien se tiene noticia de un gran número de hechos en los que todo inducia á creer que ni siquiera habia ulceracion; en fin, no puede invocarse la mayor ó menor eficacia del tratamiento, á no ser que por continuados esperimentos, que todavía no se han hecho, se llegue á probar que tal medicacion produce efectos especiales en la coriza ulcerosa simple y en la coriza ulcerosa *maligna*.

Entre la *coriza ulcerosa no sifilítica* y la *coriza ulcerosa sifilítica* ¿hay diferencias que pueden servir para distinguir una de otra? Ya hemos dicho que si se buscaban estas diferencias en los síntomas propios de estas dos enfermedades no se hallarian. El dolor, el estorbo en las fosas nasales, la fetidez, la necrosis de los huesos de la nariz, todos estos caracteres pueden serles comunes. Por consiguiente, es absolutamente necesario recurrir á los datos que se puedan adquirir sobre los antecedentes del enfermo, y examinar las demas partes del cuerpo para cerciorarse de que existe algun otro síntoma de sífilis constitucional.

Digitized by Google

Los tumores gomosos, las ulceraciones de la faringe y las sifílides aclararán el diagnóstico. Asi es como en una observacion que tengo á la vista se usó con feliz éxito el mercurio, que hasta entonces se habia olvidado, luego que la aparicion de gran número de efélides ilustraron al médico sobre la naturaleza específica de la enfermedad.

La *naturaleza escrofulosa* de muchas corizas ulcerosas, de las que nos han dejado ejemplos los autores, y J. J. Cazenave ha citado un caso muy probable, no puede igualmente descubrirse sino por los antecedentes, y sobre todo por las señales de escrófulas que existan en las demas partes del cuerpo, tales son: las oftalmías crónicas, el infarto de los ganglios cervicales, los abscesos, etc.

En cuanto á la *ocena herpética*, ya he hecho ver que no era otra cosa que el impétigo de las narices ú otra enfermedad de la piel que presenta caracteres especiales, y que no se la debia confundir con la coriza ulcerosa.

La *ocena escorbútica* ha sido admitida por casi todos los autores antiguos; pero en vano se buscarian ejemplos incontestables en sus escritos: su existencia es dudosa, y por consiguiente no se podria establecer su diagnóstico diferencial.

B. *Coriza ulcerosa comparada con otras enfermedades con que se la pudiera confundir.*

Estas enfermedades no pueden tener otro asiento que en las fosas nasales, y se deben colocar en el órden siguiente: coriza simple, cáncer, pólipos, abscesos, tumores sanguíneos y flujo del muermo crónico.

La *coriza ulcerosa simple* se distingue de la *coriza puramente inflamatoria* en el flujo de sangre, que segun dice Deschamps, es frecuente, y en las costras negruzcas que cubren las aberturas de la nariz; pero estos signos son muy inciertos, y solo viendo las ulceraciones se pueden quitar dudas.

Ya he tenido ocasion de repetir infinitas veces que la fetidez era un carácter suficiente para distinguir la coriza *crónica* de la simple *coriza ulcerosa;* por lo mismo no volveré á repetir lo que tengo dicho acerca de este punto en la historia de la coriza simple; pero como de todos los caracteres distintivos el

Digitized by Google

reconocimiento es sin contradiccion el mas importante y el único infalible, importa indicar cómo se ha de proceder á hacer el exámen de las fosas nasales. El doctor J. J. Cazenave, de cuya obra tomamos los pormenores que van á continuacion, es el que ha dado mejores preceptos para esplorar las partes afectadas.

Esploracion de las fosas nasales. Se hará sentar al enfermo enfrente de una ventana por la que entre mucha luz, y haciéndole inclinar la cabeza muy hácia atrás, se procurará que los rayos luminosos penetren todo lo mas que sea posible en las fosas nasales. Para hacer esta esploracion puede bastar la luz de una bujía, dirigida convenientemente. Si el moco concreto ó costras cubriesen la membrana pituitaria, se las hace desprender por medio de lociones emolientes y fumigaciones, pero no se las deberá arrancar. En estando la mucosa libre, se descubren las ulceraciones, si estan próximas á la abertura anterior de las fosas nasales.

En el caso que nada se sacase de esta esploracion, se toma un estilete obtuso, flexible y encorvado en su estremidad en forma de gancho; se le introduce en la fosa nasal lo mas profundamente que se pueda, y trayéndole despues de atrás adelante y comunicando algunos ligeros movimientos de rotacion, se esplora con la estremidad obtusa toda la superficie de la membrana pituitaria. Si no hay ulceracion, el estilete se deslizará sin detenerse, porque las anfractuosidades que en el esqueleto se advierten en las fosas nasales no existen á causa de estar cubiertas por las partes blandas. Si por el contrario hay ulceraciones, la estremidad del estilete se detendrá por los bordes prominentes ó desprendidos. Segun las observaciones de J. J. Cazenave, se debe esplorar con mucho cuidado la parte del tabique inmediato á la bóveda de la nariz y esta bóveda misma, porque este es el asiento que con preferencia ocupan las úlceras.

Cuando el estilete se detenga se notará con cuidado el punto en que se haya detenido, y dirigiendo su estremidad en todas direcciones, se procurará determinar la estension de la úlcera, pues estas precauciones son muy importantes para aplicar los cáusticos.

El *reconocimiento* es uno de los mejores medios de distin-

Digitized by Google

guir la *coriza ulcerosa* de los *pólipos de las fosas nasales*, cualquiera que sea su naturaleza; porque ademas de que la vista de las ulceraciones no deja duda alguna acerca de la existencia de la ocena, se puede en algunos casos de pólipos percibir bastante distintamente el tumor. Pero tenemos otros medios de llegar á formar el diagnóstico que no dejan de ser de algun valor. En efecto, introduciendo el dedo meñique en las fosas nasales se consigue reconocer la existencia de los pólipos; algunas veces se pueden sentir y aun ver en el fondo de la garganta detrás del velo del paladar; la obstruccion que producen es mas considerable que la ocasionada por la coriza; ademas es muy variable, pues en ciertos momentos, segun que el tumor está mas ó menos infartado de líquidos, la dificultad de respirar por la nariz es muy considerable ó casi ninguna.

Respecto al *cáncer* es mas difícil distinguirle de la *coriza ulcerosa*, principalmente por la costumbre que hay hace largo tiempo de confundir estas dos afecciones. En todos los autores antiguos se encuentran reunidos ejemplos de coriza ulcerosa, sifilítica ó no sifilítica, con casos en que los dolores muy vivos, la hinchazon de la nariz, la inversion de todos sus tejidos, que despues de haber tomado un color rojo oscuro ó lívido acaban por destruirse rápidamente causando grandes pérdidas de sustancia, no dejan duda alguna acerca de la naturaleza cancerosa de la afeccion. El carácter comun, la fetidez, cuyo valor he apreciado hartas veces, ¿basta para hacer considerar como una misma enfermedad dos estados patológicos que se diferencian bajo tantos aspectos? Sin duda que no; y añadiria que si en ambos casos hay ulceracion de los tejidos, esta ulceracion tiene una importancia muy diferente segun que se la examina en la coriza ulcerosa, en la que constituye casi toda la enfermedad, y en el cáncer, en el que si bien es terrible porque acelera la destruccion de la nariz, es sin embargo secundaria puesto que la enfermedad puede hallarse bien caracterizada sin ella. Asi pues, cuando los tejidos esten profundamente afectados, con dolor vivo, tumefaccion considerable, rubicundez oscura ó lívida, y aparezca mas tarde una ulceracion que haciendo sin cesar progresos llega á destruirlos profundamente, se tendrá que tratar un cáncer y no una simple coriza ulcerosa.

Digitized by Google

Los *tumores sanguíneos* y los *abscesos del tabique nasal*, los cuales ha descripto Fleming (1), pudieran en algunos casos ser tomados por una *coriza ulcerosa;* por lo tanto importa mucho indicar los principales caracteres. Estas lesiones tienen de comun con las ulceraciones de la membrana pituitaria, el que ocasionan la obstruccion de las fosas nasales, una dificultad notable de respirar por la nariz, y ademas en los casos de abscesos una viva rubicundez de la pituitaria. Los caracteres diferenciales son los siguientes: los *tumores sanguíneos* tienen su asiento en uno de los lados del tabique ó en ambos á la vez; se perciben fácilmente separando el ala de la nariz, y se presentan bajo la forma de una prominencia bien limitada, algunas veces muy considerable, dura, renitente y de color de púrpura negruzco. En cuanto á los *abscesos*, en todos los casos en que Fleming los ha hallado, ocupaban ambos lados del tabique formando un tumor de base ancha, doloroso al tacto, rojo á causa de la inflamacion de la pituitaria, y que dejaba salir por la incision una materia por lo comun poco trabada, serosopurulenta, que adquiria mas tarde una consistencia glutinosa. No hay necesidad de hacer ver en qué se diferencian estas enfermedades de la coriza ulcerosa; únicamente diremos que Fleming no hace mencion alguna de la fetidez, aunque parezca muy verosímil que este signo puede existir en los casos de abscesos ya abiertos, sobre todo en las personas escrofulosas, que segun este autor, estan predispuestas á esta afeccion. Si la fetidez no existe, es una probabilidad mas, pero no una certeza de que no hay ulceracion.

En el *muermo* se observa un flujo mas ó menos abundante de moco alterado, con síntomas de coriza. ¿Podria confundirse esta enfermedad con la ocena? En cuanto al *muermo agudo* no se deberia suscitar semejante cuestion, pues tiene síntomas tan violentos y tan numerosos, que no se puede tomar por toda la enfermedad al flujo mucoso purulento por la nariz. En el *muermo crónico* no sucede lo mismo, porque los síntomas que tienen su asiento en las fosas nasales pueden llamar esclusivamente la atencion. Pero si las alteraciones que se verifican en otras partes del cuerpo son menos notables, no por eso son menos constantes, como se puede ver en la sabia memoria de Rayer (2), en la del

(1) *Extract. del Diario de Dublin, Gaz. méd.*, t. I, 1833, p. 798.

(2) *De la morve chronique et du farcin chez l'homme*; Paris, 1837.

Digitized by Google

dector W. Hardwicke (1) y en la de A. Tardieu (2). Asi pues en todos los casos citados por estos autores, se han presentado dolores, hinchazon en las articulaciones, ganglios infartados, abscesos, ulceraciones en el paladar, de la laringe, etc.; y yo añado que no se ha observado la fetidez del aliento nasal.

Presento ahora en un cuadro sinóptico el resumen de este diagnóstico.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos, segun los autores, de la coriza ulcerosa simple y de la coriza ulcerosa maligna ó fétida (ocena propiamente dicha).*

CORIZA ULCEROSA SIMPLE; ULCERA BENIGNA. (Boyer, Deschamps.)	CORIZA ULCEROSA FÉTIDA; ULCERA MALIGNA INVETERADA. (Deschamps, Boyer.)
Ulceraciones *poco dolorosas.*	Ulceraciones *dolorosas* y á veces en mucho grado (dudoso).
Moco nasal sin alteracion, solo algunas veces está mezclado con un poco de sangre.	*Moco nasal*, verdoso, pardusco, purulento y fétido.
Fácil de *curar.*	Dificil de *curar.*

2.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa no sifilítica y de la coriza ulcerosa sifilítica.*

CORIZA ULCEROSA NO SIFILÍTICA.	CORIZA ULCEROSA SIFILÍTICA.
No ha habido infeccion sifilítica anterior (dudoso).	*Infeccion sifilítica* anterior y principalmente úlceras venéreas.
No hay vestigios de infeccion sifilítica en ninguna otra parte del cuerpo.	*Síntomas de sífilis constitucional* en otras partes del cuerpo; por ejemplo, tumores gomosos, sifílides, etc.
Accion lenta ó nula del *mercurio* (dudoso).	El *mercurio* produce una curacion rápida.

(1) *Towo casos of chonic. glanders in the human subject* (*British Annals of med.*, feb. 1837).

(2) *Archives de méd.*; Paris, 1841, t. XII, pág. 439. *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, Paris, 1843, in 4.°

Digitized by Google

No se encuentra en las lesiones que corresponden á estas dos especies ningun carácter que las distinga perfectamente.

3.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa sin fetidez y de la coriza simple.*

CORIZA ULCEROSA SIN FETIDEZ.	CORIZA SIMPLE.
Flujo de sangre en épocas mas ó menos aproximadas (Deschamps).	El *flujo de sangre* es mas raro (dudoso).
Costras negruzcas en las aberturas de la nariz (Deschamps).	Faltan las *costras negruzcas* (dudoso).
A simple vista se perciben las ulceraciones (único signo positivo).	Por la *inspeccion* no se ven ulceraciones. (Este signo deja algunas dudas, puesto que las úlceras pueden estar fuera del alcance de la vista.)
En la *exploracion* con el gancho obtuso, este es detenido (Cazenave).	En la *esploracion* con el gancho obtuso, este no se detiene. (Tambien este signo deja dudas, porque las úlceras pueden estar situadas á donde no llegue el estilete.)

4.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa y de los pólipos de las fosas nasales.*

CORIZA ULCEROSA.	PÓLIPOS.
Reconociendo se ven con frecuencia ulceraciones.	Por el *reconocimiento* se ve algunas veces el tumor, ya en las fosas nasales, ya detrás del velo del paladar.
Tacto mediato; por medio del gancho obtuso se puede sentir la *pérdida de sustancia* ocasionada por la ulceracion.	*Tacto inmediato;* por medio del dedo meñique introducido en la cavidad nasal, se reconoce la presencia del *pólipo*.
Obstruccion de las fosas nasales mas continua y marcada.	*Obstruccion* de las fosas nasales mas marcada y menos continua.
Ordinariamente *fetidez del aliento; olor á chinches.*	*Falta de fetidez*, á no ser que el pólipo sea de mala naturaleza.

Digitized by Google

5.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa y del cancer de las fosas nasales.*

CORIZA ULCEROSA.	CANCER.
Ulceraciones superficiales al principio.	Los tejidos se afectan muy pronto *en todo ó casi todo su espesor.*
Hinchazon moderada de la nariz.	*Hinchazon* considerable.
El *color de la piel de la nariz* es natural, á no ser que exista un absceso subcutáneo.	La *piel de la nariz* es de color rojo oscuro ó lívido.
La *ulceracion* hace *progresos lentos*, y la destruccion de los tejidos se halla limitada á la mucosa y á los huesos necrosados.	La *ulceracion progresa con rapidez*; se destruyen todos los tejidos.
Dolores moderados.	*Dolores vivos*, sobre todo cuando se ha formado la ulceracion.

6.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa sin fetidez, y de los tumores sanguíneos del tabique de las fosas nasales.*

CORIZA ULCEROSA SIN FETIDEZ.	TUMOR SANGUÍNEO.
Puede existir tanto *en la bóbeda* como en el tabique de las fosas nasales.	Tiene su *asiento* en el tabique.
Por el *reconocimiento* se ven ulceraciones.	Por el *reconocimiento* aparece un tumor limitado, algunas veces considerable, duro, renitente, de color de púrpura negruzco.
La *causa* es las mas veces desconocida.	La causa es un *golpe* ó *una caida.*

7.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa y de los abscesos del tabique de las fosas nasales.*

CORIZA ULCEROSA.	ABSCESO.
Sitio: Puede existir tanto en la bóbeda como en el tabique de las fosas nasales.	*Sitio:* estan situados en ambos lados del tabique (Fleming).
Por el *reconocimiento* se ven ulceraciones.	*Inspeccion: tumor* de base ancha rojo y doloroso al tacto.
Fetidez del aliento; olor á chinches.	No se ha advertido la *fetidez* en las observaciones que tenemos.

Digitized by Google

8.° *Signos distintivos de la coriza ulcerosa y del flujo del muermo crónico.*

CORIZA ULCEROSA.	FLUJO DEL MUERMO CRÓNICO.
El *sitio de la enfermedad está limitado* á las fosas nasales.	Es una *enfermedad general* de la que el flujo solo es un síntoma.
No hay dolores, ni hinchazon en las articulaciones, ni absceso, ni infarto de los ganglios, etc., á no ser que haya complicacion.	Hay *dolores, hinchazon de las articulaciones, absceso, infarto de los ganglios*, etc.
Fetidez frecuente.	No se ha observado la *fetidez.*

Pronóstico. En vista de lo que se acaba de decir acerca de la terminacion de la enfermedad no juzgo conveniente ocuparme mas acerca de la gravedad absoluta de la coriza ulcerosa; pero el práctico puede ser llamado á dar su parecer sobre muchas cuestiones que interesan en el mas alto grado á los enfermos; solo resta ya indicar cuáles son estas cuestiones y cómo se pueden resolver.

1.° *¿La coriza simple puede degenerar en ulcerosa?* Ya he suscitado esta cuestion, y la conclusion ha sido que nada probaba realmente que fuese asi: únicamente por vias teóricas y por hipótesis es como muchos autores se han visto inducidos á admitir esta degeneracion de la coriza simple.

2.° *¿La coriza ulcerosa benigna y sin fetidez puede degenerar en coriza ulcerosa maligna y fétida?* A primera vista parece que debe ser muy fácil decidir este punto, y sin embargo, la falta de observaciones exactas, un estudio poco profundo de los diversos caracteres de las ulceraciones nos dejan en la duda. Por una parte tenemos motivo para creer que úlceras que en el principio se miraban como benignas tenian ya el gérmen de la malignidad, para servirnos del lenguaje de la escuela, y por otra no está perfectamente probado que en los casos en que la coriza ha continuado siendo benigna hubiese realmente ulceracion, pues el estado de la mucosa invadida por un impétigo podia muy bien inducir á error.

3.° *¿La coriza ulcerosa tiende siempre á destruir cada vez mas las partes, ó puede permanecer estacionaria?* Si estuviese seguro de que la ocena es sifilítica, la respuesta seria fácil; porque se puede ver por numerosos ejemplos que en semejante caso

Digitized by Google

si no se dispone un tratamiento conveniente, la enfermedad hace progresos continuos y acaba por producir una deformidad considerable de la nariz. ¿Pero cómo se puede saber si la coriza es ó no sifilítica? Esta es una dificultad que la observacion no ha resuelto aun, y que hace las mas veces imposible la resolucion del problema.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la coriza ulcerosa fétida, generalmente conocida bajo el nombre de *ocena*, es muy antiguo, pues una multitud de autores se han ocupado de él en todos los tiempos. Por esta razon es mas dificil guardar órden en la esposicion de este tratamiento, descubrir las medicaciones que han obtenido alguna voga y apreciar sus ventajas é inconvenientes, que reunir los materiales necesarios para un voluminoso artículo. Yo creo que en estas circunstancias debo dividir en dos partes la esposicion del tratamiento de la ocena. La *primera* contendrá los métodos generales de tratamiento propuestos por los hombres mas célebres de los siglos pasados, pero cuya eficacia no podemos apreciar rigurosamente por falta de hechos; y en la *segunda* se presentará el tratamiento de la ocena tal como resulta de las investigaciones hechas en los autores, tanto antiguos como modernos, que han citado hechos en apoyo de él.

Seccion 1.ª Aul. Corn. Celso (1) ha distinguido las úlceras de las fosas nasales en dos clases; las que no tienen olor y las que dan la fetidez al aliento, á cuya division pueden referirse las de Deschamps y Boyer. Este célebre médico empleaba contra la ocena un tratamiento que puede resumirse en la prescripcion siguiente:

PRESCRIPCION I.

TRATAMIENTO DE CELSO.

1.º Introducia en la fosa nasal enferma una pequeña sonda rodeada de lana y empapada en una mezcla de miel y de una corta

(1) *De re medica*, lib. VI, cap. V, sect. I.

Digitized by Google

cantidad de aceite de trementina, y recomendaba al enfermo que aspirase hasta que llegase á sentir el gusto de la esencia.

2.° Despues de haber hecho aspirar al enfermo el vapor del agua caliente, se introducia una pequeña cantidad de *amurca* (orujo de aceituna hecho astringente por haberle hervido en una vasija de cobre), de zumo de menta ó de marrubio, ó vitriolo blanco *(atramentum sutorium candens factum)*. Estas sustancias debian mezclarse con una corta cantidad de miel, escepto el vitriolo, en el cual la proporcion de miel debe ser tal, que el remedio fuese líquido. Se debia conducir el linimento á las fosas nasales por medio de la sonda rodeada de lana, como la precedente, y se hará esta aplicacion dos veces al dia en invierno y primavera, y tres en el verano y otoño.

3.° Si estos remedios no bastan, Celso aconseja, apoyándose en la autoridad de cierto número de prácticos, recurrir á la cauterizacion por medio del cauterio actual de la manera que sigue: Se toma una canulita, se la introduce en la nariz hasta que llegue al sitio del mal, y por ella se conduce un hierrecito calentado hasta el rojo blanco. Algunos médicos hacian tambien una incision desde la parte interior de la nariz hasta la boca, para ver la úlcera que habia que cauterizar.

Despues de la *cauterizacion* es menester untar el parage quemado con una mezcla de *verde gris* y de miel.

En resúmen, Celso solo recomienda una medicacion tópica que consiste en el uso de los astringentes y del cauterio actual.

Galeno empleaba por lo general el linimento siguiente, y es el único medicamento que podemos tomar de él:

Tópico de Galeno.

℞	Litargirio blanco (spuma argenti).		12 gram. (ʒiij)
	Albayalde....................		8 gram. (ʒij)
	Cáscara de granada..........	} ãã	8 gram. (ʒij)
	Alumbre de roca............		

Se reduce estas sustancias á polvo fino, y se mezclan con cuidado en un mortero añadiendo:

Vino aromático................ 105 gram. (℥iijʒ)

Digitized by Google

Cuando la mezcla tenga la consistencia se añade:

Aceite de mirra............... 120 gram (℥jv)

Se reduce á la consistencia de miel, y se conserva para el uso.

Se introduce este medicamento en las fosas nasales, por medio de un pedazo de lienzo arrollado ó de la sonda envuelta como hacia Celso.

En cuanto á Rhazes (1) no diremos mas que cuatro palabras, pues como de costumbre prescribe muchos medicamentos estraños; pero me ha parecido muy importante hacer notar que él fue el primero que aconsejó las insuflaciones en las narices, hechas con una sustancia muy activa, pues no se trata nada menos que del arsénico rojo.

Insuflaciones arsenicales de Rahzes.

Rhazes mezclaba en pequeña cantidad:

El arsénico rojo (sulfuro rojo de arsénico, rejalgar).

El cólcotar (*atramentum rubrum*, óxido rojo de hierro).

Despues los incorporaba con polvos olorosos de mirra, de amomo, etc., y hacia con esta mezcla pulverulenta *insuflaciones* en la fosa nasal enferma.

Segun dice Rhazes, Ruffus combatia la enfermedad de que se trata, ya instilando en las fosas nasales el zumo de *mentastra* (menta de hoja redonda) ó *mastranzo*, ya haciéndole aspirar, despues de haberle desecado y reducido á polvo. Como esta sustancia fue despues muy recomendada, convenia darla á conocer é indicar quién habia sido el primero que la habia puesto en uso.

A estos medicamentos tópicos, Avicena (2) ha añadido algunos de muy poca importancia, tales como el *albayalde* y el *litargirio* que empleaba bajo la forma de emplasto. Pero interesa manifestar que él fue quien empezó á usar nuevos medicamentos, tales como la abertura de la vena de la estremidad de la nariz y los purgantes. En suma, su tratamiento para nosotros es de muy poco valor.

(1) Lib. IV, tract. 2, *De fœtore narium.*

(2) *De ulceribus in naso,* lib. III, cap. III et IV, tract. 2, p. 590, ed. de 1595.

Digitized by Google

Mas adelante Fernelio (2) puso en práctica otro tratamiento mucho mas completo, que ha tenido gran voga en los siglos que han precedido al nuestro y que la mayor parte de los autores posteriores no han hecho mas que copiar. Presentando aquí los puntos principales, habré dado á conocer casi toda la práctica antigua.

PRESCRIPCION II.

TRATAMIENTO DE FERNELIO.

1.° Hacia caer las costras sin arrancarlas, lo cual conseguia con fomentos de agua tibia ó unturas con manteca fresca, enjundia de ganso ó gallina, y aceite de almendras dulces.

2.° Enjugaba y detergia las úlceras con él *errino siguiente:*

℞ Cocimiento de cebada sin mondar.
» de rosas rojas.
» de agrimonia.
» de centaura menor.
» de ajenjos.
» de llanten.
» de pamplina.

Disolvia en 500 gramos (una libra) de este cocimiento:

Miel rosada.................. 120 gram. (℥jv)

Segun Fernelio, este errino basta muchas veces para curar las úlceras, pero el *agua aluminosa* es aun mas eficaz.

3.° Despues de los medios mencionados, este célebre autor indica uno que desde entonces, y especialmente en nuestros dias, ha sido muy alabado; hablo del *agua del sublimado*, de la cual se encuentra la siguiente fórmula en la *Farmacopea Universal* de Jourdan (t. II, p. 65):

℞ Sublimado corrosivo........... 4 gram. (ʒj)
Agua destilada................ 369 gram. (℥xij)

Disuélvase.

(1) *Pathol.*, lib. V, cap. VII, *De morb. narium.*, ed. 1679.

Digitized by Google

Por desgracia Fernelio no entra en suficientes pormenores acerca del uso de este remedio.

En seguida vienen otros medios que vamos á esponer en la prescripcion siguiente.

PRESCRIPCION III.

1.° Estando la úlcera bien detergida, se la espolvoreará con polvo de rosas rojas secas ó bien con polvos de ponfolix (protóxido de zinc) y de coral.

2.° Se hace uso (segun G. Rondelet) de las fumigaciones que siguen:

℞ Oropimente	1 gram.	(20 g̃)
Cinabrio	1 gram.	(20 g̃)

Añádase:

Mirra.
Incienso.
Almáciga.

Se formará por medio de la trementina, un *trocisco* para cada fumigacion. Se pone el trocisco sobre un hierro hecho ascua ó sobre las ascuas, y el enfermo aspirará por las narices el humo que se dirigirá con la estremidad de un embudo.

Mas adelante veremos como Werneck ha hecho estas fumigaciones.

3.° Se hace tambien uso frecuente del *errino* siguiente:

Almizcle	3 decígram.	(6 g̃)
Ambar	1 decígram.	(2 g̃)
Clavo	2 gram.	(ʒß)
Nuez moscada	8 gram.	(ʒij)

Se pone en una muñeca de trapo, se hace macerar en

Agua de salvia	1000 gram.	(℔ij)
Agua de rosas	180 gram.	(℥vj)

4.° Una ó muchas sangrías.

5.° Purgantes.

Tales son los principales medios de tratamiento usados por Fernelio, y mas adelante tendré ocasion de volver á tratar de algunos de ellos.

Digitized by Google

Cauterio actual. Ya hemos visto que Fernelio no habia hablado del cauterio actual. Fabricio de Acuapendeute (1) hace mencion de él para reprobar la cauterizacion y para sustituirla con la desecacion de la úlcera por medio de la accion *del cauterio objectivo.* Propone introducir una cánula cerrada en la nariz, é introducir en ella, y durante muy poco tiempo en cada vez, un hierro hecho ascua de manera que se eleve la temperatura de la pared nasal sin causar dolor. Tambien aconseja el *ungüento de albayalde.*

Entre los numerosos medios indicados por Fonseca, solo hay dos que merecen se haga de ellos mencion: el primero es muy estraño á causa del sitio en que se aplica, y por eso no ha sido adoptado por muchos prácticos. Hé aquí en qué consiste:

℞ Polvo de rosas..............		
» de almáciga...........		
» de incienso............	ãã 4 gram. (ʒj)	
» de macis..............		

Se hará con cera y trementina un cerato, *qué se aplicará en el sincipucio*, despues de haberle afeitado, y se le dejará aplicado durante algunos dias.

El segundo medio consiste en un masticatorio ó un gargarismo irritante que es útil conocer.

Masticatorio.

℞ Azúcar blanca..................	30 gram. (℥j)
Almáciga......................	15 gram. (℥ß)
Pimienta larga...............	
Pelitre......................	ãã 4 gram. (ʒj)
Estafisagria..................	

Se reducirán estas sustancias á polvo, despues se harán unas bolitas que se tendrán en la boca por espacio de media hora, por la mañana en ayunas.

Gargarismo.

℞ Hidromel........................	30 gram. (℥j)
Pimienta.......................	8 gram. (ʒij)

(1) Cap. XXVI. *De ozœna, narium ulceræ*; Lug. 1628, p. 93.

Digitized by Google

Mézclese. Se calienta este gargarismo para servirse de él tres ó cuatro veces por la mañana.

Es evidente que estos remedios de Fonseca no pueden ser mas que auxiliares cuando hay ulceraciones en las fosas nasales; por consiguiente se podrian prescribir en la coriza crónica simple.

Pedro Van Foreest (Foresto) (1) que usaba con corta diferencia los mismos medicamentos que Galeno, habia sin embargo añadido un medio no usado hasta aquel tiempo, cual era las ventosas sajadas.

Primo, dice, *alvum duco, humores æquo,*
Cucurbitulisque scapulis affixis,
Carneque ferro incisa, sanguinem mitto.

Este autor cita dos observaciones de curacion obtenida por este tratamiento unido al linimento de Galeno. (Véase p. 118.)

Platero, citado por Bonet (2) empezó á usar la *cauterizacion* sin recurrir al cauterio actual. Es preciso, dice, tocar con precaucion las úlceras, por medio de un pincelito empapado en *agua fuerte* un poco debilitada con agua. Tambien empleaba con el mismo objeto el agua en que se habia apagado cierta porcion de cal.

Esculteto (3) refiere una observacion en la que obtuvo la cicatrizacion de una úlcera del tabique de las fosas nasales despues que este habia sido perforado. Esculteto empleaba el *cauterio actual* introducido por medio de una cánula, tomando las precauciones siguientes que merecen ser conocidas.

Cauterizacion. Procedimiento de Esculteto. «Tomé, dice este autor, una cánula conveniente (esto es, que tenga una abertura al lado); la envolví en un lienzo empapado en vino, y esprimido, á fin de protejer las partes sanas, y la introduje en la cavidad nasal ulcerada, de tal manera que la abertura correspondiese exactamente con la úlcera... En seguida metí por esta cánula un estilete hecho ascua, el cual retiré inmediatamente. Repetí tres ó cuatro veces la introduccion del estilete hecho ascua, pero con la mayor prontitud; para lo cual se necesitan para esta operacion á lo menos dos estiletes calentados hasta el rojo blanco.»

Bonet *(lug. cit.)* ha publicado estractos de muchos autores

(1) Forestus, *De nasi affectibus*, lib. XIII; Roth., 1653.
(2) *Thesaur. med. pract.*, *ulcera narium*, p. 104, t. 1; Ginebra, 1691.
(3) *Armentar.* 1666. Part. prim., tab. XXXII, p. 64.

Digitized by Google

sobre el tratamiento de la ocena, y hace mencion de Oswaldo Grembs, W. Hæferus, Saxonia y Wedelius, así como de sus fórmulas particulares; pero como estos prácticos no han añadido nada á los medios usados anteriormente, y no se han hecho en ellos modificaciones importantes, es inútil indicar su método de tratamiento.

Tratamiento de Riverio. Lázaro Riverio (1) ha copiado casi literalmente á Fernelio y aconseja un tratamiento casi idéntico. Por lo mismo me limitaré á citar dos fórmulas suyas, de las cuales una es importante, puesto que es el agua de sublimado de Fernelio, la que apenas se diferencia de la que Trousseau ha prescrito en estos últimos tiempos, y la otra contiene un gran número de medicamentos usados por los antiguos contra la ocena.

Agua sublimada ó de sublimado.

℞	Agua de llanten............	120 gram.	(℥jv)
	Sublimado crudo...........	6 decígram.	(℈ß)

Se hace hervir en una redoma de vidrio hasta que se reduzca á la mitad. Se puede aumentar ó disminuir la proporcion del sublimado, segun que se quiera que el remedio sea mas ó menos activo (Riverio).

Ungüento secante.

℞	Agraz..........................	15 gram.	(℥ß)
	Cáscara de granada..........	āā 12 gram.	(ʒiij)
	Flores de granado...........		
	Mirra..........................	āā 8 gram.	(ʒij)
	Alumbre.......................		
	Ládano........................		
	Calcites......................	āā 4 gram.	(ʒj)
	Acibar........................		
	Corteza de incienso (*Corticis thuris*)..................		
	Aceite de rosas.............	āā 30 gram.	(℥j)
	Aceite de mirra.............		
	Cera amarilla..................	C. S.	

Se hace un ungüento con el que se untará la superficie ulcerada, ó bien se disuelve en vino, en agua de llanten, etc., á fin

(1) Prax. méd., lib. IV, 1663.

Digitized by Google

de que el enfermo haga llegar con frecuencia el líquido hasta la parte afectada haciendo con él sorbiciones. Riverio aconseja insuflar en las fosas nasales los polvos que entran en la composicion de este ungüento.

Mercuriales. Segun parece Spotiswood (1) ha sido el primero que tuvo la idea de administrar una preparacion mercurial *interiormente* para curar la ocena. No podemos decir qué es lo que le indujo á hacer esto, porque en el único caso que ha citado no habia, segun él mismo asegura, motivo para creer que la afeccion fuese sifilítica. El enfermo tomó durante todo el tratamiento 3 gramos y 1 decígramo (56 g̃) *de sublimado;* la curacion no fue completa, pero varias veces se logró una mejoría muy notable por la influencia de este remedio.

Desde Hundertmark (2) el tratamiento de la ocena se asemeja mucho al que se usa actualmente entre los prácticos. Este autor prescribe formalmente las *inyecciones de deutocloruro de mercurio,* vueltas á poner en voga por Trousseau, y la *cauterizacion con el nitrato de plata*, remedio por escelencia de J. J. Cazenave. Mas adelante tendré ocasion de hablar de estos agentes terapéuticos, y por el momento me limitaré á indicar el remedio interno al que Hundertmark tenia como mas eficaz.

Fórmula de Hundertmark.

℞ Magnesia blanca....	65 centígram.	(13 g̃)
Panacea mercurial (calomelanos)....	30 á 40 centígram.	(6 á 8 g̃)
Alcanfor...........	15 á 20 centígram.	(3 á 4 g̃)
Azufre dorado de antimonio..........	10 centígram.	(2 g̃)

Mézclese sin triturar. Se toma por la mañana en ayunas un decígramo (dos granos) de este polvo, en una taza de cocimiento de corteza de Winter.

Hundertmark cita muchos casos muy graves tratados con un éxito completamente feliz con el uso de este medicamento. Este autor desecha el licor de Van Swieten, porque dice que ha esperimentado lo peligrosa que es esta preparacion; pero no menciona las precauciones que habia tomado para su administracion.

(1) *Med. observ. et inq.*, vol. II, p. 223.
(2) *De ozœna venerea*, Lips., 1758.

Digitized by Google

Percival (1) ha recomendado un medio singular. Este autor asegura que el aire fijo (nombre dado por Black al *ácido carbónico*) introducido en las narices con un tubo, es al parecer el mejor remedio que se puede aplicar contra la ocena, ya que la enfermedad tenga su asiento en la cueva de Higmoro, ó que haya atacado los senos frontales. En los casos que se quisiera emplear este medio seria preciso hacerlo de la manera siguiente:

Tratamiento por el ácido carbónico (Percival). Se llena una vejiga que tenga una llave, con el ácido carbónico, que se desprende del subcarbonato de cal puesto en contacto con el ácido hidroclórico debilitado; despues se adapta á la llave de la vejiga un tubo de 5 ó 6 milímetros (2½ á 3 líneas) de diámetro, por medio del cual se dirigirá el gas á la fosa nasal enferma.

Para juzgar el grado de confianza que se puede tener en este medio, basta decir que Percival reconocia en este medicamento una virtud poderosa en el tratamiento de la tisis pulmonar.

Nada se encuentra verdaderamente de original en el tratamiento de la ocena hasta estos últimos años, en los que se ha estudiado esta enfermedad con mas cuidado que en ninguna época anterior.

Tratamiento por el cloruro de cal. En 1830 y 1833, W. Horner y W. Maclay-Awl (2) publicaron muchas observaciones de coriza ulcerosa fétida, en las que el cloruro de cal líquido produjo buen resultado. La fórmula de Horner es la siguiente:

℞ Cloruro de cal líquido.......... $^1/_2$ cucharada.
Agua pura...................... 75 gram. (℥ijß)

Mézclese.

Para hacer inyeccion dos veces al dia con este líquido.

En el caso citado por W. Maclay-Awl, sobrevinieron desde el momento en que se recurrió al cloruro de cal, estornudos muy violentos, despues se desarrollaron dolores tan vivos y aparecieron hemorragias tan abundantes, que fue preciso suspender el medicamento durante una semana. Si al usarle ocurriesen semejantes accidentes, no por eso seria preciso renunciar al remedio, porque á la segunda vez los efectos fueron mucho menos violen-

(1) *Essays med. Lond.* 1773, 2.ª ed., vol. II, p. 235.
(2) *American Journal of the medical sciences*, Mayo 1830 y Mayo 1833.

Digitized by Google

tos, y al cabo de dos meses estaba consolidada la curacion de muchas úlceras que se habian podido ver en las dos fosas nasales. Durante el tratamiento, el cloruro de cal tenia la ventaja de disminuir mucho la fetidez.

Despues de haber espuesto los diversos tratamientos que han estado mas en voga entre los modernos, me resta apreciar rápidamente su valor, formular metódicamente el tratamiento que se debe adoptar, y en una palabra, trazar la línea de conducta que el práctico debe seguir.

Respecto de lo que nos han dejado los antiguos acerca del tratamiento de esta enfermedad, así como del de otras muchas, se puede hacer una reflexion general. Confundiendo entre sí muchas afecciones que no tienen de comun mas que síntomas secundarios, ó á lo menos no teniendo cuidado de hacer las distinciones necesarias cuando llegaban á hacer aplicacion del tratamiento, y sobre todo procediendo mas bien afirmando que por demostracion, nos han dejado en la mayor incertidumbre acerca del valor de los medios que han empleado. Mas hubiera valido que nos hubieran citado los casos de éxito feliz y aquellos en que no obtuvieron resultados, que no alabarnos tales medicamentos porque desecan la cabeza é impiden que el humor morboso caiga en las fosas nasales, y á otros porque fortifican los tejidos debilitados. De todo esto se deduce que la mayor parte de los agentes terapéuticos citados mas arriba deben mirarse por el práctico como medios que podrá esperimentar cuando los que son útiles de nada han servido, pero sin que por esto se deba tener en ellos una confianza ciega. Luego que se ha visto que una de las dos prescripciones siguientes no ha producido buen éxito, es preciso pasar á la siguiente sin insistir, y sobre todo recurrir lo mas pronto posible á los mercuriales y á la cauterizacion por el nitrato de plata, únicos medios fundados en esperimentos positivos.

Seccion 2.ª Resumen, prescripciones. Los *purgantes* y los *astringentes* son los medicamentos que mas generalmente se usan; y como hemos visto mucho mas arriba, la mayor parte de los autores los han puesto esclusivamente en práctica. Por lo tanto, se puede empezar por ellos el tratamiento, á no ser que haya algunos síntomas de inflamacion aguda, porque entonces sería preciso recurrir primero á los emolientes y á los antiflogísticos.

Digitized by Google

PRESCRIPCION IV.

EN LOS CASOS EN QUE EXISTEN SÍNTOMAS DE AGUDEZA.

1.° Para bebida, cocimiento de cebada endulzada con miel.

2.° Se harán tres ó cuatro veces al dia fomentos de malvabisco ó de leche tibia en las narices, teniendo cuidado de que penetre por la aspiracion una pequeña porcion del líquido en las fosas nasales.

3.° Se aplicarán sobre la nariz todas las noches una cataplasma de fécula de patata.

4.° Todas las tardes se administrará una lavativa emoliente.

5.° Un régimen suave y poco nutritivo.

Antiflogísticos. La prescripcion precedente solo tiene por objeto hacer desaparecer los síntomas de inflamacion aguda; pero no hay hecho alguno auténtico que pruebe que con solo estos medios se haya curado una coriza ulcerosa por ligera que sea. Sin embargo, se ha citado un ejemplo (1) de curacion de ulceraciones considerables y muy inflamadas por un tratamiento antiflogístico muy enérgico, y despues que la enfermedad se habia agravado por los astringentes y los cáusticos. Es de sentir que la descripcion de la lesion nasal no fuese tan minuciosa como era menester para ilustrarnos completamente acerca de la naturaleza y gravedad del mal. Hé aquí el tratamiento que se empleó.

PRESCRIPCION V.

TRATAMIENTO ANTIFLOGÍSTICO.

1.° Bebidas demulcentes ó aciduladas.

2.° Dos aplicaciones con dos dias de intervalo, de veinte sanguijuelas al rededor de la nariz.

3.° Fumigaciones acuosas dirigidas hácia las fosas nasales, por el pico de una tetera ó la estremidad de un embudo, ó libremente teniendo la cabeza cubierta con un lienzo.

4.° Baños generales cada dos ó tres dias.

(1) *Annales de la méd. physiologique*, 1826, t. X, p. 242.

Digitized by Google

5.° Pediluvios sinapizados, por la noche.

6.° Régimen severo, compuesto de legumbres, leches y algunas carnes blancas.

7.° Vestirse de franela.

Al cabo de dos meses de este tratamiento se hallaba disipada la inflamacion, y algun tiempo despues era completa la cicatrizacion.

Este hecho parece tan concluyente como puede serlo un hecho aislado, pero es el único de este género. En un caso citado por Priou (de Nantes), tres ó cuatro sanguijuelas cada semana, y en último lugar cuarenta de una vez, aplicadas á la entrada de las aberturas de la nariz y al rededor de este órgano, hicieron que desapareciesen muy pronto los síntomas inflamatorios mas agudos, pero las ulceraciones no se modificaron sensiblemente por este medio.

Astringentes y purgantes. Se administrará del modo siguiente los medicamentos *tónicos y astringentes*, auxiliados de algunos purgantes.

PRESCRIPCION VI.

ASTRINGENTES Y PURGANTES.

1.° Para bebida, infusion de rosas pálidas endulzada con miel.

2.° Se introduce en la fosa nasal enferma, por medio de un pincelito, el linimento de Galeno (véase pág. 118) ó el ungüento secante de Riverio (véase pág. 124), ó simplemente los polvos errinos de Vogt incorporados con miel, segun la fórmula que espongo á continuacion.

℞	Alumbre..................	5 decígram.	(10 ℥)
	Estracto de ratania........	8 gram.	(ʒij)
	Corteza de encina.........	8 gram.	(ʒij).

Incorpórese exactamente con

Miel simple................	10 gram.	(ʒijß)

Se toca las ulceraciones tres veces al dia con esta mezcla.

Tambien puede insuflarse el alumbre en la nariz ó aspirarse por el enfermo á la dosis siguiente:

Digitized by Google

℞ Alumbre pulverizado.......... 1 gram. (18 ğ)
Goma arábiga................. 5 gram. (90 ğ)

Mézclese exactamente.

Se toma un polvo de tres á seis veces al dia segun el efecto que produzca.

Finalmente, se pueden hacer las inyecciones siguentes:

℞ Alumbre................. 1 gram. (20 ğ)
Infusion de rosas rojas.... 20 gram. (ʒv)
Sulfato de zinc........... 4 decígram. (8 ğ)

Se hacen tres inyecciones al dia.

Es inútil decir que si el efecto del medicamento fuese demasiado violento, lo que sucede en algunos casos, se deberia aumentar la cantidad del escipiente pulverulento ó líquido.

3.° Se toma cada dos dias un purgante suave, como por ejemplo la emulsion purgante que pongo á continuacion:

℞ Infusion de sen.............. 150 gram. (℥v)
Goma arábiga............... 5 gram. (90 ğ)
Aceite de almendras dulces... 15 gram. (℥ß)
Azúcar..................... 20 gram. (ʒv)

Para tomar en cuatro dosis al dia. No se dan las últimas dosis sino en el caso en que las primeras no hubiesen producido suficiente efecto.

En los niños, se reemplazará esta emulsion por el *jabon de jalapa*, que se prepara del modo siguiente:

℞ Resina de jalapa pulverizada.... 4 gram. (ʒj)
Jabon medicinal raspado........ 8 gram. (ʒij)

Se disuelve á un calor suave en

Alcohol á 32°.................. C. S.

Se evapora hasta consistencia de píldoras.

La dosis será de 5 decígramos (10 granos) á los niños de cerca de cuatro años, y 1 gramo (20 granos) para los de mas edad.

4.° Todas las noches se prescribe una lavativa de agua de malvabisco, con cinco ó seis cucharadas de aceite de olivas.

5.° Régimen muy suave; abstenerse de líquidos alcohólicos, y aun de vino puro, á no ser que el sugeto sea escrofuloso ó esté aniquilado por males sifilíticos, en cuyo caso los prácticos reco-

Digitized by Google

miendan un régimen algun tanto tónico y un poco de vino puro en las comidas.

Preparaciones de plomo. *Las preparaciones saturninas* han sido, como se ha visto, muy preconizadas, y en la prescripcion siguiente desempeñan el principal papel.

PRESCRIPCION VII.

1.° La misma tisana que en la prescripcion anterior.

2.° Se untan las fosas nasales tres ó cuatro veces al dia (siempre por medio de un pincel ó de la sonda envuelta en un pedazo de lienzo) con el ungüento blanco de Rhassis, ó el cerato de minio preparado de este modo:

℞ Cera blanca.................... 8 gram. (ʒij)

Se derrite y se añade:

Aceite.......................... 16 gram. (ʒjv)

Se incorpora en la mezcla:

Minio triturado con un poco de aceite.................... 4 gram. (ʒj)

Tambien Leautaud, cirujano de Arlés (1), ha aconsejado con buen éxito en las circunstancias en que suponemos al enfermo, el ungüento siguiente:

℞ Litargirio.................... }
Plomo sulfurado.............. }
Albayalde.................... } ãã 8 gram. (ʒij)
Piedra calaminar............. }

Se reduce á polvo, y se tritura añadiendo sucesivamente una cucharada de *aceite rosado* y una cucharada de partes iguales de zumo de yerba mora y de siempreviva hasta que tenga la consistencia de ungüento.

Con este ungüento se unta un lechino y se le introduce en la nariz, reiterando la aplicacion tres veces al dia.

3.° Todos los dias por mañana y noche se hará una inyeccion con el líquido siguiente:

(1) *Journ. de méd. et de chir. par Roux*, Paris, 1762, t. XVII, pág. 558.

℞ Acetato de plomo........ 9 decígram. (18 g̃)
Agua de rosas........... 195 gram. (℥vjß)

Disuélvase.

4.° Si hubiese signos de escrófulas, se prescribirá:

Jarabe de genciana.........	ãã 500 gram. (℔j)
Jarabe de quina............	
Jarabe de cáscaras de naranjas amargas..............	

Mézclese. Para tomar á la dosis de tres cucharadas al dia.

5.° Régimen fortificante, y un poco de vino puro á las comidas.

A estas prescripciones se pudieran añadir con ventaja algunos *errinos* cuya fórmula he dado mas arriba. Generalmente estan compuestos de sustancias irritantes, aromáticas principalmente, por lo que enmascaran el olor fétido de las narices. En la actualidad que se considera á los cloruros como los mejores desinfectantes, se puede reemplazar ventajosamente estos errinos por lociones cloruradas; pero se ha visto anteriormente que se habian empleado estas lociones no solo como medio paliativo, sino tambien como curativo. Ya he presentado la fórmula de Horner; la de Maclay-Awl es como sigue:

Inyecciones de cloruro de cal.

℞ Cloruro de cal en polvo.... 1 cucharadita de té.
Agua..................... 1 vaso

Se disuelve y se cuela.

Se hacen inyecciones tres veces al dia, que se harán penetrar todo lo posible en las fosas nasales. Tambien se puede usar como medio auxiliar el masticatorio de Fonseca (véase pág. 122).

Medicacion antisifilítica. Ya he dicho muchas veces, y es una verdad reconocida por todos los autores, que un gran número de corizas ulcerosas fétidas eran de naturaleza sifilítica. ¿Se deberá pues á la menor sospecha recurrir á los medios recomendados contra esta especie particular, y que han obtenido admirables resultados? Las prescripciones siguientes llenarán este objeto.

Digitized by Google

PRESCRIPCION VIII.

OCENA SIFILÍTICA.

1.° Para bebida:

℞ Guayaco raspado.........	ãã 30 gram.	(℥j)
Dafne mezereon en pedacitos..................		
Agua.....................	1500 gram.	(℔iij)

Se cuece hasta que se reduzca á las dos terceras partes, se cuela y se endulza con

Jarabe de genciana.........	60 gram.	(℥ij)

Para tomar á tazas durante el dia.

2.° Se toma un decígramo (dos gramos) todas las mañanas en ayunas del polvo de Hundertmark (véase pág. 125) en una taza de cocimiento de corteza de Winter.

3.° Se introduce dos veces al dia en la nariz una corta cantidad de *miel de mercurio dulce* preparada asi:

℞ Protocloruro de mercurio.......	4 gram.	(ʒj)
Miel clarificada.................	28 gram.	(ʒvij)

Mézclese.

O bien se hace tomar al enfermo los polvos cuya fórmula ha dado Rousseau:

℞ Precipitado blanco..........	12 decígram.	(℈j)
Oxido rojo de mercurio.....	6 decígram.	(℈ß)
Azúcar cande en polvo......	16 gram.	(ʒjv)

Mézclese.

4.° El enfermo deberá abstenerse de manjares especiados y de líquidos alcohólicos, vestirá interiormente de franela y evitará con cuidado el frio, y sobre todo el frio húmedo.

La prescripcion siguiente es tambien muy ventajosa contra la ocena sifilítica.

Digitized by Google

PRESCRIPCION IX.

OCENA SIFILÍTICA.

1.° Para bebida, el cocimiento siguiente:

℞ China en pedacitos.........		
Guayaco en pedacitos.......	āā 60 gram. (℥ij)	
Zarzaparrilla...............		

Se cuece hasta que se reduzca á las dos terceras partes en

Agua...................... 1500 gram. (℔iij)

Se cuela y se endulza con

Jarabe de Cuisinier......... 125 gram. (℥jv)

Se toma á tazas durante el dia.

2.° Se tomarán mañana y tarde una de las píldoras siguientes:

℞ Protocloruro de mercurio...	2 decigram. (4 g)	
Arrope de sauco............	C. S.	
Polvo de regaliz............	C. S.	

Para veinte píldoras.

Al cabo de ocho dias se podrá dar una píldora mas, y á los quince dias se duplicará la primera dosis.

Las *píldoras de Sedillot* pueden reemplazar á las precedentes. La fórmula adoptada por Rayer para el tratamiento de los síntomas secundarios de la sifilis es la siguiente:

℞ Ungüento mercurial.............	8 gram.	(ʒij)
Jabon medicinal................	6 gram.	(ʒjß)
Polvo de regaliz................	2 gram.	(ʒß)

Mézclese y H. S. A. setenta y dos píldoras, de las cuales se tomará una por la mañana y otra por la noche mientras dure el tratamiento.

3.° Se hará dos veces al dia una inyeccion con *agua de sublimado*, segun la fórmula de Riverio (véase pág. 124) ó de Trousseau (véase *coriza crónica*).

4.° El resto del tratamiento es igual al de la prescripcion precedente.

Fumigaciones de cinabrio. No he hecho entrar en estas prescripciones las fumigaciones de cinabrio porque hay que hacer alguna esplicacion sobre este particular. Estas fumigaciones no care-

Digitized by Google

cen de peligro, y ya Fabricio Hilden (1) habia reprobado con energía el uso de este medio, al cual atribuia los graves accidentes que habian sobrevenido en muchos casos. Sin embargo, no se deben admitir sus aserciones sin alguna restriccion, porque no habiendo tratado de apreciar la naturaleza de la ocena, y designando por este nombre enfermedades á cuyos progresos era casi imposible oponerse y cuya terminacion es necesariamente funesta, ha podido agravar naturalmente los síntomas á causa de las fumigaciones de cinabrio. Pero no solo puede resultar de estas fumigaciones una agravacion de los síntomas locales, sino que se han seguido tambien á su uso accidentes de envenenamiento mercurial, tales como una irritacion terrible de los órganos respiratorios, la salivacion, etc. Por esta razon el práctico debe ser muy prudente en su aplicacion, mas no por eso ha de renunciar á ellas, porque un gran número de hechos, y especialmente los que ha referido Lalouette (2) y Werneck (3), prueban que pueden ser ventajosas. Se pudiera pues recurrir á este medio si los demas preparados mercuriales hubiesen sido inútiles, y este es el motivo por que vamos á dar á conocer el modo con que el último de estos dos autores queria que se hiciesen las fumigaciones, igualmente que los demas medios de tratamiento.

PRESCRIPCION X.

TRATAMIENTO DE WERNECK.

1.° Para bebida, agua pura ó un cocimiento fuerte de zarzaparrilla.

2.° Durante seis dias tomará el enfermo un baño tibio por la noche.

3.° Desde el primer dia de este tratamiento se dará un purgante. Werneck emplea por lo comun una dosis fuerte de cocimiento de Zittmann, preparada sin mercurio, segun la fórmula siguiente:

(1) Cent. II. obs. XXIII, *E Suffitu ozœna gravissima*, etc., p. 101 ed. Francf.

(2) *Anc. Journ. de médecine*, Paris, 1776, t. XLV, p. 195.

(3) *Journ. für die chir. Augenheilkunde*, t. XIV, analizado en la *Revue médic.* 1831., t. I.

Digitized by Google

℞	Zarzaparrilla quebrantada.	375 gram.	(℥xij)
	Agua....................	9 kilógram.	(℔xviij)

Se infunde durante veinticuatro horas, y se coloca dentro de una muñequilla de trapo que se suspenderá en el líquido.

Azúcar de alumbre (partes iguales de azúcar y alumbre).........	32 gram.	(℥j)

Se cuece hasta que se reduzca á una tercera parte, y hácia el fin de la ebullicion se añade:

℞	Anís..................... } Hinojo..................... }	ãã 16 gram.	(℥ß)
	Hojas de sen..................	96 gram.	(℥iij)
	Regaliz.......................	48 gram.	(℥jß)

Fíltrese.

Se toman cuatro ó cinco vasos mañana y tarde.

4.° No se permitirá al enfermo que deje su cuarto, el cual deberá estar constantemente á la temperatura de 17 á 18 grados del centígrado, y cuyo aire debe renovarse todos los dias.

5.° Se curarán las úlceras con agua pura.

6.° Para alimento, solamente tres sopas al dia, preparadas con arroz, harina de avena ó cebada mondada, pero sin caldo.

7.° Se termina este tratamiento preparatorio, que debe durar seis dias, con un purgante, como se ha empezado.

Entonces se hacen las fumigaciones de cinabrio de la manera siguiente:

Fumigaciones de cinabrio. Procedimiento de Werneck. El aparato fumigatorio se compone de una lámpara de alcohol, sobre la cual se coloca por medio de unas trévedes, un platillo de porcelana que contenga el cinabrio; se pone este aparato debajo del asiento que debe ocupar el enfermo. Sentado este, se le cubre, inclusa la cabeza, con una capa de hule, con la cual se le envuelve con cuidado á fin de que los vapores de cinabrio no se esparzan en demasiada cantidad en la habitacion. Cada fumigacion no dura comunmente mas que un cuarto de hora, y debe hacerse por la noche, porque el enfermo debe meterse inmediatamente en cama. El cuarto en que se hagan estas fumigaciones debe estar á la temperatura de 24 grados del centígrado.

La *dosis del cinabrio es de* 1 *á* 2 *gramos (*20 *á* 40 *granos) por*

Digitized by Google

fumigacion. (Quizás seria mejor empezar por menor dosis, é ir aumentándola con precaucion.)

Basta siempre una *fumigacion al dia;* pero en algunos casos raros no se puede tomar mas que una cada dos ó tres dias. El práctico es el que debe juzgar de la frecuencia con que deben hacerse, segun los efectos que produzcan. La inspiracion de los vapores mercuriales produce frecuentemente la salivacion con mucha facilidad. Entonces es menester suspender las fumigaciones durante algunos dias, y cuando se vuelven á continuar disminuir la dosis del cinabrio.

Mientras dura el tratamiento es inútil que el enfermo se mude de ropa interior, porque está constantemente manchado por los átomos del mercurio; pero cuando se ha acabado el tratamiento, debe tomar un baño de jabon y cambiar de ropa. Es preciso tambien que no salga de su cuarto en otros quince dias, y que se abstenga de todo líquido estimulante.

Martin Solon (1) ha citado algunos casos de curacion de ocena sifilítica por las fumigaciones de cinabrio.

Cauterizacion. Ya se ha visto mas arriba que la cauterizacion de las fosas nasales, en la ocena, era una práctica muy antigua. En los primeros tiempos se empleaba el cauterio actual, procedimiento que ha conseguido algunas curaciones sólidas, pero que segun todos los prácticos, presenta grandes peligros. En los casos en que se creyera conveniente recurrir á este medio estremo, se deberia seguir el procedimiento de Esculteto (véase pág. 123).

Sin duda, el temor de los accidentes que pueden sobrevenir á consecuencia de la aplicacion del cauterio actual en partes tan delicadas como son las fosas nasales, fue el que inspiró á Platero (véase pág. 123) la idea de servirse con el mismo objeto de un pincel empapado en ácido nítrico. Esto me parece bastante difícil de practicar, á no ser que la úlcera esté muy inmediata á la abertura de las fosas nasales; porque ¿cómo se ha de poder introducir hasta cierta altura, sin dañar las partes sanas, un pincel empapado en un cáustico tan activo?

Hundertmark, que proscribia la cauterizacion por el cauterio actual, ha propuesto formalmente, como se ha dicho ante-

(1) *Gaz. médical. de Paris*, 1834, p. 17.

Digitized by Google

riormente, la cauterizacion por el nitrato de plata fundido, y se espresa sobre esta materia *(lug. cit.)* del modo siguiente: «Si la vista puede descubrir la úlcera y el hueso alterado, el mejor remedio es aplicar la *piedra infernal;* despues á fin de favorecer la caida de la escara, se puede instilar en su centro una gota de aceite de vitriolo, escarificarla, y aplicar sobre ella un ungüento digestivo compuesto de trementina cocida, bálsamo de Arceo y aceite de hipericon.»

Pero aunque se haya usado este medio en otro tiempo, se puede decir que J. J. Cazenave de Burdeos se le ha apropiado por las importantes modificaciones que ha introducido en él, y que en sus manos le han hecho de una eficacia indisputable.

Anteriormente (pág. 110) se ha descrito el modo con que Cazenave esplora las fosas nasales con el objeto de conocer positivamente el sitio de la enfermedad. De esta manera se descubre un engrosamiento ó una hinchazon de la mucosa y ulceraciones variables en número y estension, ó ya se ve que estas ulceraciones, si es que existen, estan fuera del alcance de toda esploracion. En ambos casos se debe recurrir á la cauterizacion con el nitrato de plata fundido; solo que cuando no se puede reconocer el sitio de la lesion, es preciso recorrer con el cáustico la mayor estension posible del interior de las fosas nasales. Por lo demás, Cazenave practica la cauterizacion de la manera que vamos á esponer:

Cauterizacion por medio del nitrato de plata, por el procedimiento de Cazenave (de Burdeos). 1.° *Cauterizacion por el nitrato de plata seco.* «Los porta-cáusticos de que me sirvo para cauterizar la membrana pituitaria, dice este autor (1), son de tres especies, de diversos diámetros, y consisten en un vástago de ébano pulimentado, con ocho caras desiguales en la estremidad que corresponde á la mano y forma como el mango, es cilíndrico en todo el resto de su estension, y tiene un punto blanco en el lado correspondiente al cañoncito destinado á contener el nitrato de plata.»

»Uno de estos instrumentos, el mas pequeño, es de línea y media (3 milímetros) de diámetro, y tiene en la estremidad nasal un cañoncito de platino, dispuesto como el del porta-cáustico del profesor Lallemand, de siete y media á ocho líneas de largo

(1) *Du coryza chronique et de l'ozène non venerien*, 1835, p. 32 y sigs.

Digitized by Google

(15 á 16 milímetros), y como una y media líneas (5 milímetros) de ancho en su entrada y muy ensanchado en su fondo. Su punta es obtusa y ligeramente abultada en forma de aceituna.»

»El segundo instrumento es el mas fuerte, de dos líneas y media de diámetro (5 milímetros) y tiene tambien en su estremidad mas delgada otro cañoncito de platino de siete y media á ocho líneas (de 15 á 16 milímetros) de largo y de dos á dos media líneas (4 á 5 milímetros) de diámetro en su entrada, pero mas ensanchado en el fondo».

»El tercer porta-cáustico destinado á operar directamente hácia arriba en la bóveda de las fosas nasales, tiene la misma longitud que los demas, dos líneas y media de diámetro (5 milímetros), y un cañoncito igualmente de platino, pero dispuesto de manera que forma como la estremidad de una cánula abierta (1).»

»Como la membrana que cubre las fosas nasales está muy adherida á las paredes huesosas, se sigue de aqui que el nitrato contenido en el cañoncito no puede ser rodeado por ella, como sucede en la uretra, por lo que es preciso que el cáustico sobresalga un poco para que obre eficazmente. Ademas, es menester recordar que nunca se debe marcar mas de una de las caras, á fin de que la abertura del cañoncito esté siempre en relacion con los puntos de la membrana que se desea cauterizar.»

Cuando se quiera cauterizar la mucosa en un sugeto afectado de ocena, será preciso tener dispuestos los instrumentos que se acaba de describir, y operar en seguida como se va á esponer:

«Sentado el enfermo enfrente de una ventana ó poniendo una bujía lo mas cerca que sea posible de las aberturas de la nariz, se procurará descubrir con la vista ó por medio del gancho obtuso el sitio de la ulceracion. Si se consigue, se observará con cuidado su posicion y profundidad. Cuando la úlcera está en las paredes laterales de las fosas nasales, se toma el porta-cáustico n.º 1 ó 2, segun la estension de la lesion, y se dirige su estremidad hácia esta, volviendo el cañoncito hácia la misma, de lo que es fácil asegurarse por la posicion del punto ó señal blanca del mango. Cuando por el contrario la úlcera está en la bóveda, se toma el porta-cáustico n.º 3 y se dirige directamente la estre-

(1) Se puede ver un dibujo de estos dos porta-cáusticos en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, año 1835, p. 139.

Digitized by Google

midad sobre la bóveda misma, procurando en cuanto sea posible no tocar á las paredes. Cuando se ha llegado á donde está la lesion, se la recorre con el cáustico sin temer traspasar los límites, porque este esceso de cauterizacion es mas útil que perjudicial.»

»Sino se puede descubrir el sitio preciso de la ulceracion se recorre con el cáustico la mayor estension posible de la mucosa. Aun cuando no existan úlceras no se halla contraindicada esta operacion, porque entonces la enfermedad seria una coriza crónica simple, que como se ha visto mas arriba, se cura por el mismo medio.»

»Para que la cauterizacion produzca los efectos que de ella se deben esperar, es preciso tomar algunas precauciones de poca importancia en apariencia, pero que son muy útiles en realidad. Si las mucosidades segregadas por la membrana pituitaria son demasiado abundantes, se tendrá la precaucion de secarla antes de cauterizar. Si por el contrario las paredes nasales estan secas ó cubiertas de costras duras y adheridas, es necesario humedecerlas y hacerlas caer suavemente por medio de vapores emolientes dirigidos hácia ellas por espacio de mucho tiempo.»

»No es dificil recorrer con el cáustico la membrana pituitaria en diversas direcciones, porque esta membrana adherida á toda la superficie de las fosas nasales, no presenta arrugas que puedan detener el instrumento. El doctor Cazenave nunca ha observado accidentes graves, cuando la situacion de la lesion le ha obligado á cauterizar el orificio inferior del conducto nasal ó las partes vecinas.»

Los efectos inmediatos de la cauterizacion practicada de esta manera son provocar un estornudo que desembaraza las fosas nasales y produce una secrecion abundante de lágrimas. En el mayor número de casos en que Cazenave las ha usado, el olor fétido ha desaparecido muy pronto, y los demas síntomas, tales como la obstruccion, el dolor y la secrecion exagerada de moco, han cedido poco tiempo despues. En muchas de las observaciones citadas por este autor, este tratamiento ha sido seguido de un éxito muy feliz, cuando la mayor parte de los medios indicados anteriormente no habian surtido efecto.

En las colecciones periódicas de medicina hay algunas observaciones que demuestran tambien la utilidad de estas cauteriza-

Digitized by Google

ciones; entre otras citaré la que ha referido el doctor Ducasse (1), y que fue hecha por Lassus. La enfermedad que duraba hacia ya un año, se curó en algunos dias por medio de las inyecciones de una solucion de nitrato de plata, repetidas tres veces al dia.

2.° *Cauterizacion con el nitrato de plata.* Dice Cazenave, que hay algunas circunstancias en que el mal se resiste á semejantes cauterizaciones, porque no se pueden hacer en bastante estension en las fosas nasales. En estos casos es preciso recurrir á la solucion mas ó menos concentrada del nitrato de plata.

Es de sentir que J. J. Cazenave no haya precisado mejor los casos en que es insuficiente la cauterizacion con el nitrato de plata seco; así pues, no nos veriamos obligados á ensayar siempre la cauterizacion por el nitratro de plata seco, antes de recurrir á la solucion que se prepara y usa del modo siguiente:

Fórmula primera.

℞	Nitrato de plata cristalizado.	2 decigram.	(4 g̃)
	Agua destilada............	30 gram.	(℥j)

Fórmula segunda.

℞	Nitrato de plata cristalizado.....	2 gram.	(ʒß)
	Agua destilada.................	30 gram.	(℥j)

Disuélvase.

Entre estas dos proporciones estremas, hay una multitud que el práctico puede adoptar segun los casos ó segun los efectos que produzcan.

Sentado el enfermo en una silla, con la cabeza levantada, se conducirá hasta las partes afectadas, por medio de un pincel de hilas, la solucion del nitrato de plata, ó será mejor que se inyecte el líquido por medio de una geringa de cánula larga encorvada y terminada en una estremidad olivar con muchos agujeros. En este último caso es menester encargar al enfermo, que si cayese algo del líquido en la garganta le arroje al instante, guardándose bien de tragarle.

Cuando hay motivos para creer que la coriza ulcerosa es de naturaleza sifilítica, ó cuando el enfermo presenta señales de escrófulas, Cazenave no emplea la cauterizacion hasta despues de

(1) Compte, rendu des travaux de la *Société de médecine* de Toulouse.

Digitized by Google

haber puesto en práctica un tratamiento antisifilítico ó antiescrufuloso.

Tales son los diversos tratamientos usados contra la coriza ulcerosa. Ya he indicado al darles á conocer muchas fórmulas designadas por los antiguos con los nombres de *errinos*, y de los cuales algunos no sirven mas que para hacer desaparecer ó ocultar el mal olor producido por la ocena; pero como hay que llenar esta indicacion cualesquiera que sea el tratamiento que se adopte, y como el práctico puede verse obligado á variar el líquido segun los deseos de los enfermos, indicaré aquí las fórmulas de algunas de estas preparaciones cuyo uso no puede ser perjudicial.

Errinos diversos.

℞ Hojas recientes de salvia.......	ãã un puñado.
» de betónica....	
» de almendro....	
» de mejorana....	

Se tritura juntas estas hojas y se añade:

Vino blanco.................. 120 gram. (℥jv)

Se esprime el zumo.

El enfermo aspirará el zumo tres ó cuatro veces al dia (Fernelio).

Otro.

Zumo de lirio................	45 gram.	(℥iß)
» de mejorana............	30 gram.	(℥j)
Vino aromático...............	15 gram.	(℥ß)

Mézclese (Platero).

Si se quiere, dice este autor, que el errino sea mas estimulante, se añade cierta cantidad de zumo de acelga; pero ya sabemos mucho tiempo hace que las propiedades irritantes atribuidas por los antiguos á este zumo no existen en realidad.

Otro.

Flores de granado..........	ãã 60 gram. (℥ij)
Cáscara de granada.........	
Hojas de llanten............	ãã un puñado.
» de hieracio pelosilla...	
» de herniaria..........	
Raiz de bistorta.................	30 gram. (℥j)

Hágase cocimiento (Riverio).

Digitized by Google

Errino detersivo.

Rosas rojas................ } āā 20 gram. (5v)
Flores de sauco............. }

Viértase sobre las flores:

Agua hirviendo............. 1 litro (2 cuartillos).

Se infunde por espacio de media hora y se añade:

Alcohol... 5 decígram. á 1 gram. (10 á 20 gram.)

Con estos errinos se puede hacer inyecciones por medio de una geringa terminada en un abultamiento de figura de aceituna.

Hemos creido oportuno indicar estas preparaciones, tanto porque son generalmente desconocidas y sirven para disfrazar el mal olor, como porque pueden usarse alternando sin inconveniente, y sirven para entretener á los enfermos mientras se emplean remedios mas eficaces.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° Antiflogísticos astringentes (*alumbre, preparaciones de plomo*, etc.), purgantes, antiescorbúticos, desinfectantes (*cloruro de cal, diversos errinos*).

2.° Tratamiento antisifilítico interno, tópicos mercuriales, inyecciones de deutocloruro de mercurio, fumigaciones de cinabrio.

3.° Cauterizacion: por el cauterio actual, por los ácidos y por el nitrato de plata, que es el cáustico mas eficaz.

4.° Medios auxiliares: masticatorios irritantes, errinos aromáticos, rubefacientes á la piel y exutorios.

Aquí concluye la historia de las afecciones de las fosas nasales, en la cual se hallan todavía muchos puntos oscuros y bastante incertidumbre. Asi muchas veces me he visto obligado á repetir aserciones á falta de pruebas, é indudablemente fundadas frecuentemente en hechos mal observados ó mal interpretados. Repetidas veces tambien he hecho notar la imposibilidad en que me encontraba de apreciar el valor de un agente terapéutico ó de un signo diagnóstico por no haber dado el

Digitized by Google

autor suficientes detalles; pero si hubiese querido hacerlo siempre que se presentaba la ocasion, me hubiera detenido á cada paso. Por consiguiente, es menester que los observadores dirijan sus investigaciones hácia estas enfermedades, porque es una mina todavía muy mal esplotada. En cuanto á la coriza ulcerosa en particular, diré que, á escepcion de la cauterizacion por el nitrato de plata empleada por Cazenave, y el tratamiento antisifilítico en algunos casos, no tenemos mas que datos muy inciertos sobre la utilidad de la terapéutica tan variada de esta afeccion, siempre muy desagradable, y á veces peligrosa.

CAPITULO II.

ENFERMEDADES DE LA LARINGE.

La laringe tiene doble importancia en el hombre, porque: 1.° forma parte del conducto por el que el aire penetra en los pulmones; y 2.° porque es el órgano de la voz, y de consiguiente el principal órgano de la palabra; bajo este doble aspecto puede ser atacado de enfermedades muy graves que exigen prontos y eficaces auxilios. Como órgano de la voz ha llamado la atencion de algunos médicos que han hecho un estudio enteramente especial de su organizacion y de las enfermedades de que puede ser atacada. A estas afecciones se les ha dado el nombre de *enfermedades de la voz;* pero esta division es enteramente arbitraria, pues las alteraciones diversas de la voz no son otra cosa que un síntoma muy importante de las enfermedades del órgano respiratorio, y no constituyen por sí solas verdaderas afecciones. Por esta razon no dedicaré un artículo particular á estas alteraciones de la voz; pero tendré mucho cuidado en estudiarlas como síntomas, en cada una de las enfermedades que tienen su asiento en la laringe; de esta manera trataré convenientemente un punto de patologia que interesa en el mas alto grado á muchas profesiones, y podré seguir un órden metódico.

A primera vista parece que la laringe, por su posicion su-

Digitized by Google

perficial, estar mas accesible á la esploracion que la mayor parte de los órganos en donde tienen su asiento las afecciones del dominio de la medicina propiamente dicha; pero considerándolo bien se ve realmente que no sucede asi. Su abertura superior, cubierta por la epiglotis, se oculta á la vista, y aunque se aconseje en muchos casos esplorarla, introduciendo la estremidad del dedo índice en las fauces, es indudable que la práctica no ha sacado gran partido de esta esploracion. Por otro lado, las partes sólidas que forman su pared anterior impiden comunmente que el tacto obre de una manera eficaz sobre las partes dañadas, de suerte que en realidad la laringe, respecto á su esploracion directa, debe colocarse entre los órganos mas inaccesibles. Es cierto que se han inventado *speculums* particulares para favorecer el reconocimiento de la cavidad laríngea; pero estos instrumentos cuyo uso no se ha generalizado, han dado resultados muy poco ventajosos. Ya volveré á hablar mas pormenor acerca de cada uno de estos medios propuestos para aclarar el diagnóstico de las enfermedades de la laringe, cuando se trate de las diversas formas de laringitis crónica, en las cuales seria tan útil la esploracion directa del órgano enfermo, y entonces tendré ocasion de hablar particularmente de la percusion y de la auscultacion de la laringe, que se han propuesto en estos últimos tiempos.

Los autores han dividido de diverso modo las enfermedades de la laringe. En otro tiempo se describian las afonías, las sufocaciones, una tisis laríngea, etc.; es decir, que se miraba como si realmente constituyese toda la enfermedad al principal síntoma ó los resultados funestos que el mal producia en todo el organismo. En el dia se ha convenido en tomar por base de la clasificacion las alteraciones anatómicas halladas en la laringe. Sin pretender que la enfermedad consista enteramente en la lesion anatómica, considero, sin embargo, á esta manera de clasificar las afecciones de la laringe como la mas sencilla y mas útil para el práctico, y por esta razon la he elegido. Por consiguiente deberemos estudiar en este capítulo:

1.° La *laringitis simple aguda;* 2.° la *laringitis simple crónica:* 3.° la *laringitis estridula* (seudo-crup); 4.° la *laringitis seudo membranosa* (crup); 5.° la *laringitis edematosa* (edema de la glotis); 6.° la *laringitis ulcerosa;* 7.° *los tumores de diver-*

Digitized by Google

sa naturaleza desarrolladas en la laringe, y 8.° la *afonía* (1).

ARTICULO I.

LARINGITIS AGUDA SIMPLE.

Aunque no tenemos sobre la laringitis, propiamente dicha, ninguno de estos trabajos que por su rigor y los pormenores de que abundan no dejan sin haber profundizado ni un solo punto de la historia de la enfermedad, sin embargo, no carecemos de numerosas investigaciones particulares, con cuyo auxilio nos será posible trazar una descripcion bastante completa de esta afeccion, sintiendo solamente que el estado actual de la ciencia deje insolubles muchas cuestiones bastante importantes.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se da el nombre de *laringitis aguda simple* á la que, siendo francamente inflamatoria, afecta principalmente la membrana mucosa de la laringe. Cruveilhier (2) divide esta afeccion en dos especies, segun que está limitada á la membrana mucosa ó que afecta al tejido celular submucoso; de aquí resultan dos especies anatómicas bien distintas: la *laringitis mucosa* ó laringitis propiamente dicha, y la *laringitis submucosa*. Tratamos ahora de la primera, á la que el doctor Blaud de Beaucaire, tan ventajosamente conocido de los prácticos, ha llamado *laringitis myxagena*, es decir, laringitis con simple secrecion mucosa, para distinguirla de las laringitis con produccion de pus y de falsas membranas (3). Por lo que hace á la segunda, debe dividirse, segun Cruveilhier, en otras dos especies igualmente distintas por su asiento. La primera, *laringitis*

(1) No pudiendo referir este síntoma en muchos casos á ninguna lesion orgánica, es preciso considerarle, hasta que haya otros datos, como una afeccion distinta.

(2) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.* t. XI, art. LARINGITIS.

(3) *Nouv. recherch. sur la laryngo-trachéite.* Paris, 1823, p. 246.

Digitized by Google

sub-mucosa supra-glótica, no es otra cosa que el edema de la glotis, descrito por Bayle; en cuanto á la segunda, *laringitis sub-mucosa infra-glótica*, no presenta mas que algunas particularidades debidas al sitio que ocupa, pues en el fondo es la misma enfermedad. Si el edema de la glotis, por su aspecto particular, su curso y gravedad, no constituye mas que un síntoma de la laringitis, deberia adoptarse por los prácticos esta division; pero como no sucede asi, y el edema de la glotis puede depender de otra cosa muy diferente que una simple laringitis, dejamos este último nombre á la inflamacion de la membrana mucosa laringea, y reservamos para describirlos en el artículo *Edema de la glotis*, el estado patológico indicado por Cruveilhier y algunos otros, que directa ó indirectamente da lugar á los mismos accidentes.

Solo en estos últimos tiempos es cuando se ha dado á la enfermedad de que nos ocupamos el nombre de *laringitis;* porque antes se le daba el de *angina*, bajo el cual es preciso buscar su descripcion en los autores antiguos. Las diversas especies que han admitido de ellas son numerosas, porque cada uno las establecia segun daba mas ó menos importancia al asiento, á la violencia, y sobre todo á la naturaleza presunta de la enfermedad. Areteo (1) designaba la laringitis bajo el nombre de *cynanche*, nombre adoptado por muchos escritores mas modernos, y en particular por Lázaro Riverio (2), quien admitia dos especies: la primera que ocupaba los músculos internos y propios de la laringe, y la segunda los músculos esternos.

Boerhaave, á quien se ha citado tanto aun en estos últimos tiempos cuando se ha tratado de las enfermedades de la garganta, ha descrito confusamente bajo el nombre de *angina* (3) las enfermedades de la faringe, de la laringe y de la traquiarteria, de suerte que es imposible entenderse. Este autor dividia la angina en *acuosa*, *inflamatoria*, *supuratoria* y *convulsiva*, segun el síntoma dominante ó la terminacion de la enfermedad. No creo necesario indicar los vicios de que adolece esta division.

En ningun autor se encuentra apreciada ni aun aproxima-

(1) *De caus. et sig. acut. morb.*, lib. I, cap. II.

(2) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, de *angina*.

(3) Véase Van Swieten. Commentaria in aphorismos, Lugd. Bat. 1749, t. 2, p. 635.

Digitized by Google

damente la *frecuencia* real de esta afeccion; pero la observacion diaria nos enseña de un modo general que la laringitis ligera, la que se manifiesta por una simple ronquera con una pequeña dificultad de respirar, es bastante frecuente, y que la laringitis intensa acompañada de violentos síntomas locales y generales es rara, sobre todo en el adulto y en el anciano.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Las causas predisponentes de la laringitis simple aguda son muy poco conocidas, pues casi no se hallan en los autores mas que aserciones faltas de todas pruebas. Por lo tanto no podemos presentar aquí mas que generalidades que llaman la atencion aun á los observadores menos rigurosos.

Respecto á las causas predisponentes, como á las ocasionales, y en todo lo que concierne á la laringitis, es preciso tener cuidado de establecer una distincion entre el estudio de la laringitis leve, que consiste principalmente en una ronquera pasagera, y la laringitis grave que presenta con frecuencia síntomas formidables; porque lo que se dice de una de estas dos enfermedades se aplica rara vez á la otra. Examinémoslas pues separadamente.

Laringitis ligera. Ninguna *edad*, ningun *temperamento*, etc., predisponen al parecer á esta afeccion. En las *épocas del año* en que se manifiesta con preferencia, se ve en efecto que son atacadas fácilmente un gran número de personas, sin distincion de edad ni de sexo. Sucede lo mismo, bajo este aspecto, con la laringitis que con la coriza, la amigdalitis y la bronquitis, afecciones que tienen su asiento en mucosas directamente espuestas á las variaciones atmosféricas.

Las *profesiones* en que el ejercicio de la voz puede llegar hasta la fatiga, como las de cantor, abogado, etc, ¿predisponen á la laringitis leve? Nada lo prueba, porque todavía no se ha hecho ningun trabajo exacto acerca de este punto. A veces se ve sobrevenir esta afeccion en la convalencia de *las enfermedades graves* y en los sugetos debilitados por una causa cualquiera. Estos casos no salen de la regla general, por la que aparece

Digitized by Google

que las flegmasías se contraen mas fácilmente cuando el órganismo ha sufrido un deterioro mas ó menos considerable.

Laringitis intensa. Se puede decir que esta forma de la laringitis aguda afecta con mas frecuencia la *infancia* y la *adolescencia* que las demas edades de la vida.

En los periódicos ingleses se encuentra mayor número de casos de laringitis aguda intensa, descrita generalmente con el nombre de *cynanche*, que en todos los de los demas paises. ¿El *clima* de Inglaterra predispondria á esta afeccion?

¿Puede desarrollarse la laringitis bajo una influencia *epidémica*? Es difícil responder á esta cuestion; porque en estos últimos tiempos no se han citado ejemplos de epidemias de laringitis, y no estableciéndose antiguamente muy bien el diagnóstico, no se puede saber si en las epidemias de angina, de *cynanche*, etc., se trataba únicamente de una simple laringitis.

2.° Causas ocasionales.

Laringitis leve. La accion del *frio*, y principalmente del frio húmedo, es la causa mas evidente y mas frecuente de esta afeccion, lo cual prueba suficientemente lo que he dicho mas arriba acerca de la influencia de ciertas estaciones. En efecto, al fin del invierno y al principio del otoño, épocas en que se está mas espuesto al frio, bien porque se dejen demasiado pronto los vestidos de invierno, ó porque se tarda demasiado en volverlos á usar, es cuando aparecen con mas frecuencia la laringitis leve y las demás inflamaciones de la mucosa aérea.

¿*Los grandes esfuerzos de la voz*, el canto prolongado demasiado tiempo, el ejercicio inmoderado de la palabra, los muchos gritos pueden producir una laringitis leve? Es cierto que á consecuencia de todos estos escesos sobreviene una ronquera mas ó menos marcada, con mas ó menos estorbo en la region laringea; pero esta es una simple irritacion de la mucosa, que se disipa muy pronto por el descanso, y que casi nunca llega hasta ser una inflamacion. La prueba de lo que aquí sentamos es lo que se observa diariamente en ciertos locos furiosos. En efecto, se ve que despues de haber estado dando gritos continuos durante semanas enteras, no presentan mas que una ligera ronquera que se disipa por el reposo del órgano de la voz.

Digitized by Google

Ciertas *sustancias irritantes* aspiradas por espacio de mas ó menos tiempo, tales como el vapor del azufre, el humo, etc., diversos polvos introducidos en la laringe, alimentos ó bebidas irritantes ó no, causan accidentes que por lo comun no tardan en disiparse, y que tienen todos los caracteres de la laringitis; pero se puede aplicarles tambien la reflexion que acabo de hacer respecto de los grandes esfuerzos de la voz.

Laringitis intensa. Las causas ocasionales de la laringitis aguda intensa son muy poco conocidas; ¿es porque no se las ha estudiado con bastante cuidado, ó porque no se prestan á nuestras investigaciones? Lo que hay de cierto es que son mucho mas difíciles de descubrir que las de la laringitis leve. Ademas esta dificultad se encuentra en todas las flegmasias que afectan profundamente un órgano.

¿Puede ser *contagiosa* esta afeccion? El doctor Blache (1) dice que puede propagarse por contagio, cuando acompaña á ciertas enfermedades que son por sí mismas contagiosas, tales como la escarlatina, el sarampion, etc.; pero es preciso entender por lo que aquí decimos, que los sugetos en que la escarlatina, el sarampion, etc. se ha propagado por contagio, estan por consiguiente espuestos á la laringitis intensa, que se desarrolla con bastante frecuencia en estas afecciones eruptivas, porque la laringitis misma no es la contagiosa. En el estado actual de la ciencia es imposible decir nada mas preciso acerca de este punto oscuro de la historia de la laringìtis aguda simple.

Hay una causa enteramente particular indicada solo por los médicos ingleses. Muchas veces, dice el doctor Cheyne (2), las madres permiten á sus hijos que beban en el pico de la tetera en que preparan el té; pero como algunas veces esta contiene agua hirviendo, entonces hay una verdadera *quemadura de la glotis*, que ocasiona todos los accidentes de una laringitis muy intensa, de lo cual se encuentran casos en varios periódicos; entre ellos citaré principalmente el que ha recogido el doctor F. E. Hicks (3), y los que refiere la *Lanceta inglesa* (4): mas adelante volveremos hablar de estos hechos.

(1) *Diction. de méd.*, 2.ª edic., 1838, t. XVII.
(2) *The Cyclopædia of practical medicine*, vol. III, art. LARINGITIS.
(3) *The London med. Gaz.*, 1837—38, vol. XXII, p. 67.
(4) *The Lancet*, 1839—40, t. I, p. 103 y 248.

Digitized by Google

§. III.

SÍNTOMAS.

1.° *Laringitis aguda leve.* Esta afeccion es de poca importancia, y por lo comun los enfermos no hacen caso de ella, á no ser que ejerzan alguna profesion que requiera la integridad de la voz. El primer síntoma que por lo general aparece es un pequeño estorbo en la laringe, una *impresion desagradable* ocasionada por la entrada del aire frio durante la inspiracion, y al mismo tiempo una sensacion un poco dolorosa hácia la parte superior del órgano.

En seguida se presenta una *alteracion del metal de la voz*, que es el carácter esencial de la afeccion, y que algunas veces constituye por sí sola casi toda la enfermedad. La voz es ronca, el paso contínuo de sonidos graves y ásperos á sonidos agudos y chillones la hace muy desagradable, y frecuentemente la accion de hablar produce una tos algo dolorosa, durante la cual los ojos se llenan de lágrimas. A veces tambien la alteracion de la voz llega hasta la afonía completa.

La *tos*, que algunas veces no existe, nunca es muy violenta; pero en cierto número de sugetos la produce continuamente una picazon hácia la abertura superior de la laringe. Tambien puede ser promovida por la ingestion de bebidas frias, y por el paso de los alimentos sobre la epiglotis, sobre todo si esta participa de la inflamacion, cuya circunstancia no ha sido todavía convenientemente apreciada. La *espectoracion* poco abundante consiste solo en algunos esputos blancos y espumosos.

Tales son los síntomas propios de la laringitis leve; pero lo repito, el único constante es la ronquera. Respecto á las funciones de los demás órganos no hay ninguna alteracion en ellos, y no hay síntomas febriles.

2.° *Laringitis aguda intensa.* Esta especie de laringitis ha fijado mas que la precedente la atencion de los médicos, lo que se concibe sin dificultad cuando se considera que ha causado con bastante frecuencia la muerte. Sin embargo, aun queda mucho que hacer respecto á su sintomatologia; pues las descripciones generales que tenemos no estan fundadas en una rigurosa aná-

Digitized by Google

lisis de los hechos, y la apreciacion de los síntomas es solo aproximada. Por ótro lado, las colecciones científicas no contienen gran número de ejemplos de esta afeccion, lo que hace que su estudio sea difícil. Por esta razon voy á trazar el cuadro de esta laringitis con arreglo á lo que resulta del exámen de las observaciones, en su mayor parte debidas á médicos franceses é ingleses, y principalmente á Blaud *(lug. cit.)*, Constant (1) y Chavasse (2).

La enfermedad empieza por un *dolor* que es de mediana intensidad y que jamás adquiere un alto grado; los enfermos le refieren á la parte superior de la laringe, y á veces este dolor se exaspera ligeramente comprimiendo con alguna fuerza en los lados del borde superior del cartílago tiroides. La deglucion de los líquidos era fácil y poco dolorosa en los casos observados por Constant; pero por el contrario, era imposible en alguno de los citados por los médicos ingleses. Chavasse no hace mencion de este síntoma. Hay otro signo no menos frecuente y mas precioso todavía, cual es la sensacion de *un cuerpo estraño* en la laringe. Los autores no han insistido bastante sobre este síntoma que se ha manifestado de una manera muy notable en las observaciones. Bien pronto aparece una *tos*, al principio ligera, que otras veces se hace rápidamente intensa y vuelve por accesos. Constant ha visto marcarse la invasion por un aumento notable de una tos que duraba hacia ya cerca de tres meses.

Casi inmediatamente *la voz* se vuelve ronca como en la laringitis leve, pero á esta ronquera sigue despues de cierto tiempo una estincion de voz casi completa. En el caso citado por el doctor Chavasse, la pronunciacion era difícil é imposible en un jóven observado por el doctor Wilson (3). La *respiracion* al principio un poco difícil, se hace despues penosa y ruidosa.

Si se ausculta la laringe, se observa un *ronquido sonoro* ó un soplo intenso muy áspero, y Blaud ha notado un estertor mucoso laringo-traqueal muy notable.

Hallándose de este modo dificultado el paso del aire, se manifiestan los síntomas de asfixia. Asi pues, en la mayor parte de

(1) *Gaz. méd.*, 1834, t. II, p. 314.
(2) *The Lancet*, vol. II, p. 565, julio 1833.
(3) *Med. Surg. Transact. of London.*

Digitized by Google

casos, la cara está abotagada, pálida, los párpados hinchados y los labios azulados, principalmente durante los paroxismos que se presentan con frecuencia. Entonces es cuando los enfermos prefieren estar sentados, hácia cuya posicion se inclinan desde el principio de la afeccion, y aun muchas veces hay una ortofnea manifiesta con inspiracion sibilante y muy dificil.

Despues de esfuerzos continuos de tos, se arrojan algunos *esputos* que nada tienen de característico. Es un líquido trasparente ó blanquecino y con frecuencia espumoso. Pero esta escrecion no se verifica si no han pasado algunos dias de enfermedad. En los niños falta muchas veces. En los casos citados por Constant, habia sin embargo, en niños de cinco á seis años, *algunos esputos mucosos, sin porciones de falsas membranas*. Chavasse nada dice de los esputos, aunque su observacion fue hecha en un jóven de veinte años. Los mismos síntomas se observan en los niños afectados de quemadura de la glotis, solo que se manifiestan muy repentinamente despues de la deglucion del agua hirviendo, lo que da á la afeccion un aspecto particular.

Tales son los síntomas locales de la laringitis aguda simple é intensa; pero hay *síntomas generales* que aunque no han sido descritos con mucho cuidado en los diversos artículos publicados acerca de esta enfermedad, no son por eso menos considerables y numerosos.

Los *síntomas febriles* son muy intensos. Desgraciadamente en las observaciones particulares no se ha indagado con cuidado cuál ha sido el principio de estos síntomas febriles, y sin embargo, no tenemos precision de decir que importa que el práctico hubiera tenido conocimiento de este principio. ¿La calentura precede ó sigue á la aparicion de los síntomas locales? Esta es una cuestion que la observacion tendrá que resolver, y que es menester recomendar á la atencion de los médicos; porque si bien es cierto que la aparicion preliminar de la fiebre anuncia una inflamacion intensa, luego que en semejantes circunstancias se manifiesten los síntomas mas ligeros de laringitis, se deberá temer una laringitis grave y emplear un tratamiento activo, al paso que los síntomas de laringitis sin calentura al principio no deben inspirar inquietud. La analogía nos inclina á mirar esta manera de ver como exacta; pero repetimos que falta sea sancionada por la observacion.

Digitized by Google

En todos los casos la *calentura* no tarda en desarrollarse. Segun algunos autores, al principio hay un escalosfrio pasagero, pero las observaciones nada nos revelan acerca de este punto. El calor se hace bien pronto intenso, el pulso se acelera hasta el punto que en los niños observados por Constant, las pulsaciones ascendieron hasta 164, y en los adultos que vieron los médicos ingleses variaban de 110 á 130; en el caso citado por Chavasse el pulso era duro y veloz.

Hay además una ansiedad estrema, y puede sobrevenir delirio ó bien un coma mas ó menos profundo: siguiéndose á estos síntomas, sobreescitacion, cuando la asfixia es inminente, la lívidez de la cara, el frio de las estremidades, la pequeñez, la concentracion y suma velocidad del pulso.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

1.° *Curso de la enfermedad.* Esta afeccion progresa continuamente hasta su terminacion favorable ó fatal; es decir, que no se notan estas remisiones de cierta duracion que hay en otras afecciones. Es verdad que se observan con bastante frecuencia paroxismos; pero no están separados por una calma casi completa, y despues de cada uno de ellos la enfermedad se agrava considerablemente.

2.° *Duracion de la enfermedad.* Los autores dicen que esta afeccion dura de siete á ocho dias, lo que confirman las observaciones que he reunido. En los sugetos observados por Constant y Chavasse, la enfermedad no ha durado mas de ocho dias: asi pues es una de las afecciones que tienen un curso mas rápido.

3.° *Terminacion de la enfermedad.* La muerte es una terminacion frecuente en esta especie de laringitis, sobre todo en los niños. En prueba de ello, á los casos de muerte citados por Constant pudiera añadir otros en bastante número, tomados de los autores ingleses.

Algunas veces, segun la mayor parte de los autores, la enfermedad termina por supuracion, y constituye la *angina supu-*

Digitized by Google

ratoria de Boerhaave (1). Entonces todos los síntomas anteriormente descritos adquieren muchísima violencia, y la muerte es casi inevitable. He visto muchos casos de estos, y debo decir que en ninguno de los casos que he reunido he podido llegar á convencerme de que la enfermedad fuese simple en semejantes circunstancias. Si no diríjase la vista sobre las observaciones de Enrique Porter, Arnold, Watson Roberts y Roberto Watt de Glascow (2), ó sobre las investigaciones del doctor Miller (3), y se verá que en todas se han hallado ulceraciones ó alteraciones de los cartílagos que al parecer son la causa real de la inflamacion supurativa.

En los casos de curacion, la resolucion es rápida. En lugar de los síntomas de asfixia que aumentándose sin cesar acaban por arrebatar el enfermo, se ve sobrevenir un alivio notable, desaparecen pronto los síntomas generales, y los locales se disipan poco á poco, empezando por el dolor, la dificultad de respirar y la tos; pero las alteraciones de la voz son las últimas que desaparecen.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones anatómicas halladas en la laringe son de por sí muy leves, pues consisten en una simple tumefaccion de las partes constituyentes de la glotis y de la epiglotis, con estrechez mas ó menos marcada de la abertura laríngea, pero sin ulceracion ni infiltracion, y aun, segun Constant, sin engrosamiento de la mucosa. Sin embargo, se concibe dificilmente cómo puede estrecharse la abertura de la glotis, sin engrosamiento de la mucosa y sin infiltracion; porque no está probado el espasmo de la glotis que han admitido muchos autores. Por consiguiente hay en esto una contradiccion manifiesta. En algunos casos, y el doctor Hache ha citado uno á la sociedad médica de observacion, la rubicundez de la cavidad laríngea y de la parte superior de los bronquios, era la única alteracion anatómica; pero

(1) Aphor. 815, t. II, p. 693.
(2) *Med. chir. Transact. of London*, vol. V, p. 156; vol. VI, p. 135; vol. IX, p. 31, vol. XI, p. 414.
(3) *London med. Gaz.*, y *Archiv. géner. de méd.*, t. I, p. 251.

Digitized by Google

es muy probable que entonces haya desaparecido la hinchazon inflamatoria despues de la muerte, porque es evidente que el obstáculo que esta hinchazon oponia á la respiracion, es el único que por si solo ha causado la muerte.

Ya hemos manifestado anteriormente las dudas que no pueden menos de suscitarse acerca de la terminacion de la laringitis por supuracion. En los casos descritos por los autores ingleses, el pus se hallaba tan pronto infiltrado en el tejido submucoso, como reunido en un foco; mas en todos estaba estrechada la abertura de la glotis. Por consiguiente, se puede asegurar decididamente que en la laringitis simple es por lo menos muy raro encontrar estas lesiones.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Antes de comparar la laringitis aguda simple con las demás afecciones con que se la pudiera confundir, conviene para facilitar el diagnóstico, reasumir metódicamente los síntomas que presenta, y cuya descripcion acabo de hacer.

Entre ellos hallamos como *lesion de la sensibilidad:* el dolor, la picazon en la laringe que produce la tos, la sensacion de un cuerpo estraño, síntomas que cuando son poco intensos constituyen solos la laringitis leve; como *alteraciones de las funciones:* la ronquera, la debilidad y la estincion de la voz, la respiracion frecuente y difícil que puede llegar hasta la ortofnea, á producir la respiracion sibilante y causar la asfixia; como *alteraciones de secrecion:* algunos esputos mucosos, filamentosos, sin caracteres particulares. Esto es respecto á los síntomas locales. En cuanto á los generales, no existen mas que en la laringitis grave, y consisten al principio en un movimiento febril mas ó menos intenso, y al fin de la enfermedad en fenómenos evidentes de asfixia.

Entre estos síntomas, la simple ronquera sin calentura basta para caracterizar la laringitis leve, cuando sobreviene estando el sugeto en buen estado de salud, y no dura mucho tiempo. Pero no sucede lo mismo en la laringitis intensa ¿Y en estos casos cuáles son las enfermedades con que seria fácil confundirla?

Digitized by Google

Entre las enfermedades que no tienen su asiento en la laringe, la *angina faríngea intensa con hinchazon considerable de las amígdalas* pudiera, á primera vista, presentar algunas apariencias de una laringitis aguda; pero ademas de los síntomas generales, en esta enfermedad hay dolor de garganta, una alteracion notable de la voz, la sufocacion y la escrecion de líquido mucoso. Este último síntoma es de muy poco valor en estas afecciones; pero en cambio los tres primeros le tienen muy considerable. El dolor de garganta es mas vivo en la angina, estorba la deglucion, y se siente en la base de la mandíbula, por lo comun en ambos lados, donde basta comprimir ligeramente para exasperarle. La alteracion de la voz, en la angina, consiste no en una ronquera y en la estincion mas ó menos notable de la voz, sino en un sonido gangoso muy considerable que solamente altera el metal de la voz: esta es sonora, pero se modifica desagradablemente por las partes constituyentes de la garganta. La sufocacion es tambien diferente en estas dos enfermedades. En la angina, la dificultad de respirar no se anuncia por la respiracion sibilante, y no llega á ser considerable sino despues que ha durado algunos dias la enfermedad. Me ha parecido conveniente fijar bien este diagnóstico, aunque al parecer debia bastar el simple reconocimiento de las partes, para distinguir estas dos afecciones, pues la angina afecta partes que estan al alcance de la vista, y porque seria verdaderamente útil saber á qué atenerse en los primeros dias de la enfermedad, cuando la cámara posterior no ha adquirido la turgencia inflamatoria.

Entre las afecciones que tienen su asiento en la laringe, la *laringitis seudo-membranosa* ó *crup*, es sin contradiccion la que se puede confundir mas fácilmente con la laringitis aguda intensa, y la que mas importa distinguir: porque si bien la laringitis simple puede ser, como se ha visto, de mucha gravedad, lo es sin duda mucho menos que el crup, tanto respecto al diagnóstico como al tratamiento, é interesa al práctico conocer cuál de estas dos afecciones es la que tiene que tratar. Si recordamos los principales síntomas de la laringitis simple, cuyo resumen hemos hecho anteriormente, veremos que son los mismos escepto la espectoracion. Asi pues, el dolor, la sufocacion con sus paroxismos, la sensacion de un cuerpo estraño, se observan tanto en el crup como en la laringitis simple. Lo mismo sucede con las

Digitized by Google

alteraciones de la voz, porque lo que se ha dicho acerca de la voz crupal, del canto del pollo, etc., solo está fundado en escepciones; y en ambas enfermedades es primero la ronquera, y segundo la estincion de la voz, lo que constituye el síntoma constante y esencial. Queda únicamente la espectoracion, y bajo este aspecto la escrecion de las falsas membranas que se hallan á veces en las materias espectoradas por los sugetos que padecen el crup aclara sumamente el diagnóstico; pero desgraciadamente se citan gran número de casos de crup en que no habido espulsion de falsas membranas. El reconocimiento de las partes puede tambien servir de mucho, porque es bastante raro que en el crup no se estienda la falsa membrana, tanto á las amígdalas como á la laringe. Cuando se verifica esto es tanto menos dificil desconocer la afeccion, cuanto que casi siempre la falsa membrana ha empezado por las amígdalas y se la ha podido ver desde el principio de los accidentes. Tambien se ha considerado como un buen medio de diagnóstico la presencia en el crup de un infarto mas ó menos considerable de los ganglios submaxilares; pero este infarto no existe sino en los casos en que la falsa membrana se ha estendido á las amígdalas, en cuyo caso basta un simple reconocimiento para formarle.

De todo lo que precede se sigue que cuando en el crup no estan alteradas las amígdalas es muy dificil distinguir estas dos afecciones, lo cual ha sido la causa de que hayan caido en error médicos que habian estudiado con el mayor cuidado laringitis de todas especies. Esto es precisamente lo que sucedió en el caso observado por Hache, del cual hemos hablado mas arriba; se habia enviado un párvulo al hospital de Niños para que se le operase lo mas pronto posible, pero la falta de falsas membranas en la espectoracion, y sobre todo un resto de sonoridad en la voz, hicieron que se suspendiera la operacion. Habiendo fallecido el niño no se encontró ningun vestigio de falsa membrana en toda la estension del árbol aéreo. Solo habia una rubicundez medianamente intensa de la mucosa laríngea, siendo notable que se presentaba sin hinchazon marcada de las partes internas de este órgano, ni estrechez aparente de la glotis; de suerte que apenas podia esplicarse la muerte mas que por una constriccion espasmódica de la glotis, causada por una inflamacion leve, como no se admita que habiendo llegado la hinchazon durante la vida hasta

Digitized by Google

el punto de ocasionar la asfixia, habia aquella desaparecido despues de la muerte.

¿Puede confundirse la *laringitis ulcerosa aguda* con la laringitis simple aguda? Un caso referido por el doctor Travers Blackley (1) prueba que puede suceder. En el artículo dedicado á la laringitis ulcerosa se hará mencion de él, y se verá que segun los signos notados por Blackley era inevitable el error. Es de sentir que este autor no haya descrito exactamente la espectoracion; porque en las laringitis ulcerosas puede haber estrías de sangre en los esputos, lo que importa mucho reconocer. En suma, todavía falta establecer de un modo positivo el diagnóstico diferencial de estas dos enfermedades.

Cuando Bayle trazó la historia del *edema de la glotis*, se creia que la falta de calentura en esta última afeccion bastaba para distinguirla de la laringitis descrita por Boerhaave; tales son las espresiones del mismo Bayle. Pero observaciones mas recientes han probado que la calentura podia existir tambien con un edema inflamatorio de la glotis, y ya se sabe que los fenómenos que presenta esta afeccion se parecen bastante á la laringitis descrita anteriormente. Por consiguiente, si no hubiese mas medios que los síntomas para formar el diagnóstico, se hallaria bastante dificultad porque no podria fundarse en las remisiones mas marcadas del edema de la glotis, puesto que cuando esta enfermedad existe bajo la forma inflamatoria, las exacerbaciones no estan ya separadas por intervalos de calma tan perceptibles como en el edema de la glotis propiamente dicho. Examinando las observaciones de laringitis edematosa citadas por los autores, se ve que casi siempre se ha desarrollado la enfermedad durante el curso de otra afeccion, y principalmente de una inflamacion crónica ó de una ulceracion aguda próxima á la glotis. La infiltracion serosa ó serosopurulenta que existe en estos casos, no es realmente primitiva, y por consiguiente estudiando el curso de la enfermedad, y sobre todo el estado del enfermo en un principio, se podrá llegar á hacer el diagnóstico. Ya volveremos á ocuparnos de este punto al hablar del edema de la glotis.

Un cuerpo estraño introducido en la laringe da lugar á la mayor parte de los síntomas de la laringitis aguda. ¿Cómo se podrá

(1) *Dublin Journal*, 2 julio 1838.

Digitized by Google

distinguir este accidente de la afeccion inflamatoria? Es raro que haciendo un atento interrogatorio no se consiga cerciorarse de que se ha introducido un cuerpo estraño en las vias aéreas; pero suponiendo que no se pueda tener la certeza de esto, veamos cómo se puede llegar á formar el diagnóstico. La laringitis intensa puede empezar por una disnea que llegue al mas alto grado con la mayor rapidez, pero jamás su principio es tan repentino. Los golpes de tos son inmediatamente muy violentos cuando se ha introducido un cuerpo estraño, y por el contrario llegan gradualmente á este grado en la laringitis. Por lo general la sufocacion es mucho mas intermitente cuando la laringe está ocupada por un cuerpo estraño; en fin, y es un punto esencial que se debe tener muy presente, cuanto mas intensa sea la laringitis en su principio, la calentura es mas fuerte al paso que la presencia de un cuerpo estraño no produce al principio ningun síntoma febril. De aquí se deduce que los únicos casos de laringitis en que algunos fenómenos pudieran hacer creer que se habia introducido un cuerpo estraño, se han distinguido por la intensa calentura que los acompaña.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la laringitis simple intensa, y de la angina faringea, con hinchazon considerable.*

LARINGITIS.	ANGINA FARINGEA.
Dolor al nivel de la parte superior del cartílago tiroides, que se aumenta poco por la compresion; *deglucion* de los líquidos algo difícil.	*Dolor* en la base de la mandíbula inferior, á los lados del cuello que se aumenta muchas veces por la compresion; deglucion muy dolorosa y muy difícil.
Voz ronca y despues estinguida.	*Voz* nasal y desagradable.
Inspiracion sibilante; *dificultad* de respirar muy grande á poco de empezar la enfermedad.	*Inspiracion* solamente penosa; la *respiracion* no se hace difícil hasta pasado algun tiempo despues que ha principiado el mal.

Reconociendo, no se observa nada, ó solamente un poco de rubicundez y de turgencia de la epiglotis.	El *reconocimiento* da á conocer la hinchazon de las amígdalas ó de la pared posterior de la faringe, y entonces el diagnóstico es de los mas fáciles.

2.° *Signos distintivos de la laringitis aguda y del crup ó laringitis sendomembranosa.*

LARINGITIS SIMPLE.	LARINGITIS SEUDOMEMBRANOSA.
Espectoracion de esputos mucosos, filamentosos y espumosos.	*Espectoracion* de esputos semejantes, pero que muchas veces contienen pedazos de falsas membranas laríngeas.
Reconociendo, no se observa nada, ó solamente un poco de rubicundez y de turgencia de la epiglotis.	El *reconocimiento* hace ver con frecuencia falsas membranas sobre las amígdalas.

3.° *Signos distintivos de la laringitis simple y de la laringitis ulcerosa aguda.*

LARINGITIS SIMPLE.	LARINGITIS ULCEROSA AGUDA.
Esputos puramente *mucosos*.	*Estrias de sangre* en los esputos (caracteres dudosos).

Este diagnóstico es poco cierto en el estado actual de la ciencia.

4.° *Diferencias entre la laringitis simple y el edema agudo de la glotis.*

LARINGITIS SIMPLE.	EDEMA AGUDO DE LA GLOTIS.
Intervalos de calma poco marcados.	*Intervalos* de calma mas marcados (caracteres dudosos.)
Empieza estando el sugeto en estado de salud.	*Empieza* en el curso de una afeccion inflamatoria, ó de una ulceracion aguda de las partes inmediatas á la laringe.

Digitized by Google

5.° *Signos distintivos de la laringitis simple y de los accidentes debidos á la introduccion de un cuerpo estraño en la laringe.*

LARINGITIS SIMPLE.	CUERPOS ESTRAÑOS EN LA LARINGE.
Invasion gradual, aunque mas ó menos rápida.	*Invasion* repentina.
Tos que aumenta gradualmente de violencia.	Golpes de *tos* repentinos y desde su principio con violencia.
Intervalos de calma poco marcados.	*Intervalos* de calma mucho mas perceptibles (1).
Calentura desde el principio, y es tanto mas intensa, cuanta mayor es la rapidez con que se agravan los síntomas locales.	No hay *calentura* al principio, á pesar de la gravedad de los síntomas locales.

Tal es el diagnóstico diferencial de esta temible afeccion que he presentado con arreglo á los mejores documentos que ha podido suministrarme el estado actual de la ciencia, presentados con toda la exactitud que me ha sido posible; pero sin embargo, no puedo menos de manifestar que estas materias requieren estudiarse de nuevo, y que la observacion aun puede ilustrar mucho acerca de estas graves enfermedades; por lo cual interesa designar este punto como un objeto de las investigaciones de los prácticos.

Pronóstico. Muy poco hay que decir acerca del *pronóstico* de laringitis simple. Es evidente que en los casos de laringitis leve no presenta gravedad real, y que en aquellos en que esta enfermedad es intensa es muy grave. Pero no es posible conocer por ciertos signos cuando existe esta última, si tendrá una terminacion feliz ó funesta, á causa de la suma agudeza de esta afeccion, que cambia casi repentinamente de carácter. Por lo comun la disminucion de los síntomas es de muy buen agüero, cuando la asfixia no ha hecho demasiados progresos.

(1) No se trata en este diagnóstico mas que de los cuerpos estraños poco voluminosos; porque los que tienen cierto volúmen producen una sufocacion casi repentina.

Digitized by Google

§. VII.

TRATAMIENTO.

Laringitis leve. Cuando la profesion del enfermo no exige un particular cuidado, no es menester por lo comun prescribir tratamiento alguno; pero en el caso contrario se la debe mirar con atencion por leve que sea, porque se la puede hacer desaparecer algo mas pronto, y hay por consiguiente menos riesgo de que sea seguida de una irritacion permanente que prive á los sonidos de una parte de su pureza, como no es raro observar algunos ejemplos. En estos casos basta las mas veces preservarse con cuidado del frio, abstenerse de todo esfuerzo de la voz, y hacer uso de algunos emolientes unidos á ligeros sedantes.

PRESCRIPCION I.

LARINGITIS LEVE.

1.º Para beber infusion de flores pectorales endulzada con jarabe de culantrillo, que deberá tomarse tibia.

2.º En los casos en que persistiesen la ronquera, la picazon de la laringe y una ligera escrecion mucosa, se recurrirá á una preparacion opiada, administrada á corta dosis, como la que sigue:

℞ Estracto tebaico........... 4 decígram. (8 g̃)
Estracto de genciana...... 8 decígram. (16 g̃)

Mézclese y háganse diez y seis píldoras para tomar una por la noche, tres horas á lo menos despues de la última comida.

El opio, que como veremos mas adelante es muy eficaz en la mayor parte de las enfermedades de las vias respiratorias, presenta la doble ventaja de hacer que la mucosa laríngea sea menos sensible á la accion del aire esterior, y procura al enfermo un sueño tranquilo, durante el cual los esfuerzos de la tos no añaden sin cesar una nueva irritacion á la que ya existe en el órgano afectado.

Digitized by Google

Laringitis intensa. Cuando la inflamacion de la mucosa laríngea se presenta con cierto grado de violencia, el tratamiento debe ser de los mas activos, como lo han reconocido los médicos de todos tiempos. En efecto, si se revisan los tratados de medicina de la mas remota antigüedad, se ve que ya proponen los medios mas variados contra la angina sufocante. Pero desgraciadamente es muy difícil sacar partido de sus indicaciones, no porque no hayan tratado de establecer con cuidado el diagnóstico de las diversas anginas, (pues basta citar á Galeno, Areteo (1), Fernelio (2), Lázaro Riverio (3), Boerhaave, Van-Swieten, etc. para probar que estos célebres médicos habian estudiado con esmero los signos diferenciales de la angina laríngea y la faríngea), sino que por un singular olvido de sus divisiones, estos autores casi nunca piensan cuando llegan al tratamiento en esponer separadamente la terapéutica de las diversas especies que han admitido. Vamos á indicar los medios preconizados por Areteo y Riverio que me parece pueden aplicarse mas particularmente á la laringitis aguda intensa.

Tratamiento de Areteo. Areteo aconseja, con el objeto de atraer hácia fuera el humor, el calor, y añade *ipsa caro omnis*, las perfusiones frias con la ruda y el eneldo, las cataplasmas y un cerato preparado con nitro y mostaza. Respecto á la *traqueotomía* practicada con el fin de evitar la sufocacion, dice que su propia esperiencia no está en favor de esta operacion.

Tratamiento de Riverio. Considerando Riverio que esta afeccion tiene un curso de los mas rápidos, y puede, dice, arrebatar un hombre en un solo dia, propone primero una gran sangría; en efecto, quiere que se saquen 16, 24 ó 32 onzas (500, 750 ó 1000 gramos) de *sangre*, segun lo permitan la fuerzas del enfermo. Sin embargo, no aconseja que se saque toda esta sangre de una vez, temiendo que sobrevenga un síncope, sino con interva-

(1) *De caus. et sign. acut. morb.*, lib. I, cap. VII.

(2) *De part. morb. et sympt.*, lib. V, cap. IX; Lugdun., MDCH.

(3) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII. *De angina.* Yo me contentaré con citar las espresiones de este autor, quien, en este pasage, es un intérprete de Galeno. 1.° Cynanche: *inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat.* 2.° Synanche: *Interiores pharingis musculos inflammatio occupat.* 3.° Paracynanche: *Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit:* 4.° Parasynanche: *Exteriores faucium musculos inflammatio invadit.*

Digitized by Google

los de tres ó cuatro horas. Nada puede haber que contraindique la sangría abundante, pues las reglas, los loquios y el estado de preñez no deber servir de obstáculo: asi Zacutus Lusitanus sangró *siete veces en un solo dia* á una muger en el séptimo mes de la preñez, y se curó.

Mientras se repiten las sangrías y en el mismo dia, se aplican para establecer una revulsion, *ventosas*, ya secas, ya escarificadas sobre las escápulas y los lomos, se dan *friegas* en las estremidades y se ponen ligaduras dolorosas *(ligaturas dolorificas)*.

Al dia siguiente de la sangría, *sin esperar la coccion de los humores*, porque la rapidez del curso de la enfermedad no lo permite, y aun en el mismo dia en que se haga la sangría, se recurre, si es preciso, á los purgantes, y se administra una *pocion purgante acomodada al humor pecante*.

Finalmente, se acudirá á la *laringotomía*, operacion que los médicos rara vez hacian en tiempo de Riverio, temiendo que se les imputase la muerte de los enfermos *(propter metum infamiæ, quœ medicis et chirurgis impendet, dum œger post operationem occumbit)*.

Los modernos, por el contrario, han cuidado de especificar los casos particulares á que han aplicado sus diversos medios de tratamiento, y de esta manera han podido llegar á obtener resultados mas positivos; pero lo repito, todavía no se ha hecho ningun trabajo riguroso sobre este asunto, de suerte que presentando el estado de la ciencia, no puedo hacer otra cosa que dar á conocer las medicaciones que se han preconizado, sin salir garante absolutamente de su eficacia.

Medicacion antiflogística.

Todos los prácticos estan de acuerdo en empezar el tratamiento por las *emisiones sanguíneas* auxiliadas de los emolientes. Con este objeto ordenan la aplicacion de mayor ó menor número de sanguijuelas á la parte anterior del cuello, grandes sangrías, bebidas diluentes, lavativas emolientes, fumigaciones de la misma naturaleza, etc. Pero se ha preguntado si las emisiones sanguíneas locales tenian ó no mas ventajas que la sangría. Hace pocos

Digitized by Google

años se hubiera respondido sin titubear que las sanguijuelas eran preferibles; mas en el dia se profesa generalmente la opinion contraria: asi es que el doctor Blache, en su artículo del *Diccionario*, da positivamente la preferencia á la sangría. Sin embargo, debe decirse que esta opinion no está fundada en una rigurosa análisis de los hechos, y que quizás se haya discurrido principalmente por analogía. Ya se verá mas adelante que está probado por la observacion que los síntomas de la angina tonsilar remiten mas pronto con la sangría general que con la local. Este resultado agregado á la impresion de algunos hechos particulares ¿son los que han hecho admitir la superioridad de la sangría? Esto no se puede decidir: pero sea lo que quiera, hé aquí las prescripciones que se pueden poner en práctica cuando se desee emplear la medicacion antíflogística pura.

PRESCRIPCION II.

A. *Para un adulto.*

1.º Un ligero cocimiento de malvabisco y cabezas de adormideras, dulcificado con jarabe de goma.

2.º Una sangría del brazo de 10 á 13 onzas (de 300 á 400 gramos).

3.º Una aplicacion de quince á veinte sanguijuelas á la region de la laringe, que se repetirán por la noche si se juzga necesario (1).

4.º Por mañana y noche una fumigacion con el cocimiento siguiente:

℞	Malvabisco..................	8 gram. (ʒij)
	Agua.........................	500 gram. (℔j)
	Cabezas de adormideras.......	número 1.

Se hierve por espacio de veinte minutos. Se dirije hácia la garganta durante otros diez el vapor de este cocimiento hirviendo, tapándose el enfermo la cabeza despues de la fumigacion. No

(1) Cruvelhier (*lug. cit.*), al contrario de Lázaro Riverio, quiere que se sangre hasta el síncope. El objeto de esta práctica es producir una deplecion rápida que deprima todos los tejidos, y que haga desaparecer pronto la turgencia de la glotis.

Digitized by Google

conviene acercar demasiado el vaso á la boca, para no aumentar el calor local.

Martin Solon (1) ha conseguído desvanecer los principales síntomas por medio de *las fumigaciones emolientes.*

5.° Todas las mañanas una lavativa de agua de malvabisco, hecha laxante con 30 á 45 gramos (℥j á ℥jß) de miel mercurial.

6.° Dieta absoluta.

B. *Para un niño de seis á diez años.*

1.° Conviene recurrir á las emisiones sanguíneas locales, y segun la edad aplicar de cuatro á ocho sanguijuelas, ó bien como lo hacen muchos médicos, practicar una sangría de 2½ á 5 onzas (75 á 150 gramos) en los niños que se acerquen á 10 años. Es preciso tener cuidado de que las picaduras de las sanguijuelas no den sangre mas de hora y media, porque es mejor repetir la aplicacion que ocasionar una gran pérdida de sangre.

2.° Tres ó cuatro cucharaditas de café de jarabe de adormideras, todos los dias.

3.° Permitir un poco de caldo ligero luego que el niño pida alimentos.

4.° Emplear los demas medios prescritos para el adulto.

C. *Para un niño de dos á seis años.*

1.° Se reducirá el número de sanguijuelas á dos ó cuatro.

2.° Se pondrá solo una lavativa oleosa.

3.° Se darán dos ó tres cucharaditas de café, de jarabe de adormideras.

El resto del tratamiento debe ser el mismo.

Tal es la medicacion antiflogística y calmante mas usada, y es tan fácil modificar sus diversos medios, á escepcion de las emisiones sanguíneas, que es inútil ocuparse mas de ella.

Medicacion interna.

Vomitivos, purgantes. Es raro que basten estos medios sencillos, y la inminencia de la sufocacion obliga muy pronto al médico á emplea remedios enérgicos. En este caso se administran frecuentemente los vomitivos, sobre todo en los niños. En la pri-

(1) *Gaz. méd.*, 1834.

Digitized by Google

mera edad se prescribe el *jarabe de ipecacuana á la dosis de tres ó cuatro cucharadas al dia, hasta que haya promovido numerosos vómitos*. Administrado de esta manera este medicamento se ha observado que facilitaba la escrecion de las mucosidades que obstruyen la laringe. En el adulto es menester dar el tártaro estibiado á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 gramos), solo ó mezclado con 1 gramo (20 granos) de ipecacuana, y hacer que el enfermo tome esta cantidad en dos ó tres veces. Dado disuelto en gran cantidad de agua á la dosis de 1 decigramo (2 granos) en media azumbre de tisana, el emético produce vómitos numerosos y fáciles, seguidos de abundantes evacuaciones de vientre, cuyo efecto es muy ventajoso. Rara vez se usan los purgantes, pero se puede prescribir el emetocatártico siguiente:

℞	Tártaro estibiado............	5 cent.	(1 g)
	Sulfato de sosa..............	16 gram.	(ʒß)

Disuélvase en

Caldo de yerbas.............	750 gram.	(℔jß)

Para tomar á vasos cada cuarto de hora.

Los *calomelanos* forman invariablemente parte del tratamiento con que los médicos ingleses combaten la laringitis aguda, y todos hacen de ellos grandes elogios; pero en vano se buscaria en los hechos una confirmacion de lo que se dice. En efecto, en todos los casos se ha usado los calomelanos en union de otros medios activos, tales como el vejigatorio, la traquetomía, y es imposible distinguir cuál es su accion, ni aun verdaderamente si la tienen. Ya se verá cuando se esponga el tratamiento del doctor Chavasse, cómo se administran los calomelanos.

Medicacion esterna.

Vejigatorios. Es raro que á estos medicamentos tomados interiormente no se agreguen algunos tópicos apropiados para producir una accion revulsiva ó derivativa. El principal es sin disputa el *vejigatorio* aplicado á la region laríngea ó á la nuca, ó sobre el esternon, como lo han hecho los doctores Arnold y

Digitized by Google

J. Watson Robert (1); frecuentemente se aplican tambien al mismo tiempo á las estremidades inferiores. Los autores que acabo de nombrar han citado muchos casos, en que este medio unido á la sangría y al uso de los calomelanos, ha surtido al parecer buenos efectos. Cuando se aplican muchos vejigatorios, principalmente en los niños, es bueno espolvorearlos con alcanfor, á fin de evitar la accion de las cantáridas sobre la vejiga.

En una enfermedad que progresa con tanta rapidez interesa mucho emplear los medicamentos mas activos que sea posible; asi pues en este caso se usará el *vejigatorio del estracto etéreo de cantáridas*, que segun los esperimentos de Trousseau, obra con mas prontitud y seguridad que el vejigatorio comun, y que no produce, segun dice este médico (2), accidentes en los órganos génitourinarios *con tal que no se le deje mas de ocho horas en contacto con la piel*. Tomamos del mismo autor la descripcion de esta preparacion que es la siguiente:

Vejigatorio preparado con el estracto etéreo de cantáridas.

℞ Polvo de cantáridas............ 96 gram. (℥iij)
Eter sulfúrico................. C. S.

Se hace una tintura etérea de cantáridas por lixiviacion (en un aparato de desalojamiento); se destila esta tintura para sacar el éter, y se obtiene un aceite verde y muy vesicante. (*F. Francesa n.* 602.)

Obtenido este aceite se prepara el vejigatorio del modo que sigue:

Se corta un papel de estraza de la forma y grandor del vejigatorio que se quiere establecer; se le pega sobre un pedazo de diaquilon estendido; despues se echan sobre el papel algunas gotas de este estracto, de modo que se empape tan ligeramente, que si se le comprime no salga ni una pequeña gota. En seguida se aplica el espadrapo sobre la piel.

Algunas veces bastan cinco horas para que se forme la vejiga.

Tambien hemos hecho preparar, añade Trousseau, para curar los vejigatorios, papeles de diferentes gruesos, que hemos hecho cubrir de cera en las proporciones de $^1/_{10}$ $^1/_{15}$ $^1/_{20}$ y

(1) *Med. chir. Transact. of London*, vol. IX, p. 31, 1818, y vol XI, 1819, p. 135.

(2) *Traité. de therap. et de matiere medic.*, t. I, p. 442.

$^1/_{25}$ de estracto de cantáridas por 1 parte de cera amarilla. De esta suerte se obtienem papeles para las curas de diversos números, segun el grado de actividad supurativa que se quiere dar á este tópico. Hay un vejigatorio que obra todavía mas pronto y cuya preparacion es mas dificil, cual es el *vejigatorio magistral*, cuya fórmula es como sigue:

℞ Polvo de cantáridas............ 16 gram. (ʒß)
Harina de trigo................ 16 gram. (ʒß)
Vinagre....................... C. S.

Se mezcla para hacer una masa blanda que se aplica sobre la piel.

Cualquiera que sea el vejigatorio que se emplee, es preciso mantenerle en supuracion hasta que hayan desaparecido los síntomas generales, y remitido los locales.

El inconveniente que tiene este medio terapéutico, es que produce una escitacion mas ó menos marcada, y por consiguiente tiende á aumentar el movimiento febril, principalmente en los niños. Asi pues, la mayor parte de los autores recomiendan que no se emplee hasta la época de la declinacion de la enfermedad, es decir, cuando empiezan á predominar los síntomas de asfixia; pero es preciso guardarse muy bien de dejar pasar este momento, porque entonces el vejigatorio ya no tendria accion.

Fricciones con el aceite de croton tiglio. Se han aconsejado las fricciones hechas con el aceite de croton tiglio sobre la laringe y al rededor del cuello, y el doctor Blache *(lug. cit.)* las prefiere al vejigatorio. Para estas fricciones la mezcla siguiente es la mas á propósito:

℞ Aceite de croton tiglio........... 10 á 12 gotas.
Aceite de olivas.................. 2 gram. (ʒß)

Mézclese.

Se empapa en esta mezcla un pedazo de franela, y se dan fricciones dos ó tres veces al dia, hasta que se manifieste una rubefaccion notable. Este medio obra de la misma manera que el precedente, pero tiene una accion no tan bien determinada.

Otros tópicos irritantes. Frecuentemente se aplican tambien tópicos irritantes á mayor ó menor distancia del sitio de la afeccion. Con este objeto se emplean las cataplasmas sinapizadas ó

Digitized by Google

los sinapismos, los pediluvios y los maniluvios sinapizados, ó hechos irritantes por medio del ácido hidroclórico del modo que sigue:

℞ Acido hidroclórico............ 180 gram. (℥vj)
Agua caliente................ C. S.

En los niños, cuya piel es muy delicada y mas sensible, y en que se necesita menos agua para un baño de pies, no se pondrán mas de ℥jß á ℥ij (45 á 60 gram.) de ácido por baño.

Medios auxiliares. A todos estos medios, que deben formar la base del tratamiento, se agregan como auxiliares las cataplasmas y los fomentos emolientes al rededor del cuello; se procurará mantener el cuarto del enfermo á una temperatura suave y ligeramente húmeda por medio de la evaporacion de una corta cantidad de agua.

Traqueotomía Cuando todos estos agentes terapéuticos han sido inútiles, ¿se deberá recurrir á la traqueotomía? Ya hemos visto que Areteo no tenia ninguna confianza en este medio, pero su opinion está lejos de haber prevalecido. Tambien vemos á Riolano (1) declararse formalmente partidario de esta operacion. «*Si*, dice Riolano, *nihil proficiat, neque colli scarificatio, ad bronchotomiam deveniendum.*» No citaré todos los autores que han dado el mismo precepto, y me limitaré á decir que los médicos modernos estan acordes en admitir que cuando la sufocacion amenaza está indicada la traqueotomía. Quizás se objetará que supuesto que en el cadáver no se encuentra una tumefaccion muy considerable, la dificultad de respirar no es la única causa de la muerte. Pero se puede responder, como ya lo hemos hecho, que sin duda ha desaparecido la tumefaccion, y que por otra parte los signos de asfixia prueban suficientemente que el obstáculo que se ha opuesto á la hematosis es, sino la única, á lo menos la causa principal de la muerte. Si á esto se añade que está demostrado por muchos ejemplos que puede existir el verdadero crup sin que sea posible asegurar la existencia de las falsas membranas, se conocerá que en semejante duda se debe titubear menos en practicar la traqueotomía. Insisto sobre este punto, porque en gran número de observaciones que he examinado, se ha descuidado este medio, y casi constantemente han terminado

(1) *Encheiridium anat.*, lib., V, cap. XIII.

Digitized by Google

por la muerte. Ademas se puede decir que los casos en que se ha obtenido la curacion han sido unas felices escepciones. Muchos médicos ingleses han recurrido á la traqueotomía, y algunos con buen éxito; pero ya hemos visto anteriormente que los casos en que habian practicado esta operacion eran en su mayor parte dudosos, de suerte que no se puede decir que haya estado indicada la operacion. En tres casos de quemadura de la glotis, se hizo la traqueotomía, y dos veces con un resultado feliz. Me parece pues evidente que en circunstancias tan graves no se puede titubear, y que hasta es preciso practicar la operacion, en lo posible, mas pronto de lo que se hace generalmente.

Resumen; prescripciones. A esta esposicion de los diversos medios terapéuticos mas frecuentemente usados, voy á añadir como ejemplo el tratamiento puesto en práctica en los casos observados por Constant, y despues daré á conocer el que ha usado el doctor Chavasse, porque presenta algunas particularidades que no he podido mencionar.

PRESCRIPCION III.

TRATAMIENTO EMPLEADO EN LOS CASOS OBSERVADOS POR CONSTANT (1) EN LOS NIÑOS DE CINCO Á SEIS AÑOS.

El primer dia de observacion, cuarto de la afeccion.

1.° Aplicacion de ocho sanguijuelas á la region anterior del cuello.
2.° Una lavativa purgante.
3.° Sinapismos á las estremidades inferiores.
4.° Ipecacuana (Constant no indica la dosis).

PRESCRIPCION IV.

Segundo dia de observacion, quinto de la afeccion.

1.° Tisana de malva.

2.° ℞ Calomelanos............. 75 centígram. (15 g)

(1) Debiendo ser el tratamiento muy activo, he creido que se debia dar la prescripcion dia por dia.

Digitized by Google

Se divide en tres papeles para tomarlos en las veinticuatro horas.

3.° Fricciones en el cuello, con aceite de croton tiglio.
4.° Un vejigatorio á la nuca.
5.° Dieta.

PRESCRIPCION V.

Tercer dia de observacion.

1.° Seis sanguijuelas al cuello.
2.° Un vejigatorio á cada muslo.
3.° Jarabe de ipecacuana (no se indica la dosis).

PRESCRIPCION VI.

TRATAMIENTO EMPLEADO CON BUEN ÉXITO POR EL DOCTOR ENRIQUE CHAVASSE EN UNA JOVEN DE VEINTE AÑOS.

Primer dia de la observacion, segundo de la afeccion.

1.° Una sangría de 1000 gramos, (32 onzas).
2.° Despues de la sangría, diez y ocho sanguijuelas al cuello.
3.° Lavativa purgante, y en seguida

℞	Calomelanos...............	1,6 gram.	(32 g)
	Opio en polvo..............	1 decígram.	(2 g)
	Conserva de rosas...........	C. S.	

Mézclese y háganse seis píldoras, de que se toma una cada tres horas en una ó dos cucharadas de la mistura siguiente.

℞	Acetato de amoniaco líquido...	12 gram.	(ʒiij)
	Mistura alcanforada..........	160 gram.	(℥v)

Mézclese.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *En el período de escitacion y de calentura.* Tisanas demulcentes y ligeramente calmantes, sangría copiosa en el adulto, sanguijuelas en la region laríngea repetidas muchas veces, cataplasmas emolientes, fumigaciones emolientes y narcóticas, opiados, vomitivos, emetocatárticos y purgantes.

Digitized by Google

2.° *Cuando empieza el período de asfixia.* Revulsivos y derivativos, vejigatorios en la region laríngea, en la nuca y en las estremidades inferiores, fricciones al rededor del cuello con aceite de croton tiglio, sinapismos en las estremidades, pediluvios y maniluvios sinapizados ó hechos escitantes por medio del ácido hidroclórico.

3.° Luego que se vea que estos medios son insuficientes, se practicará la traqueotomía. (1)

ARTICULO II.

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.

En todos los tratados generales, y en todos los artículos dedicados á las enfermedades de la laringe, ha ocupado un lugar la laringitis crónica simple, y ha sido descrita como si fuese bastante comun encontrar ejemplos de ella. Sin embargo, este es un modo para que no se la pueda admitir sin restriccion. En efecto, si se quiere hablar de la laringitis crónica ligera, de la que solo consiste en una ronquera mas ó menos marcada, con una sensacion de estorbo en el órgano de la voz, entonces es cierto que hay frecuentemente ocasion de observar esta enfermedad; pero si se trata de una laringitis crónica que da lugar á accidentes graves y exige un tratamiento activo, es fácil convencerse de que la ciencia es aun muy pobre en semejantes observaciones, y que casi siempre los hechos citados se refieren á otra forma de laringitis muy diferente de la inflamacion simple de la mucosa laríngea. Sin embargo, la ciencia tiene algunos casos y con arreglo á ellos espondré lo que se sabe de mas positivo acerca de esta enfermedad. En la siguiente descripcion, por las mismas razones que anteriormente, cuidaré de esponer con separacion lo que es propio de la laringitis crónica ligera y de la laringitis crónica intensa, del mismo modo que lo he hecho en la laringitis aguda simple.

(1) Véanse los pormenores de la operacion y los cuidados consecutivos que requiere en el artículo *Edema de la glotis*, en donde se la describirá detalladamente.

Digitized by Google

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se da el nombre de laringitis crónica simple á la que afecta únicamente las partes blandas de la laringe sin producir alteracion profunda de sustancia; en una palabra, á aquella que consiste en una inflamacion limitada á la membrana mucosa, y que recorre lentamente sus períodos.

Como he dicho anteriormente, la laringitis crónica leve es bastante frecuente; pues se ven muchos sugetos, por lo demás sanos, que tienen una voz ronca, apagada, desagradable y casi estinguida, síntoma que solo puede referirse á una irritacion crónica del órgano de la voz.

Bajo el nombre de *laringitis crónica* muchos autores han reunido en una sola y única descripcion la laringitis crónica simple y todas las demas especies de laringitis que se desarrollan lentamente y hacen continuos progresos. Yo no creo que debo seguir este ejemplo, porque la laringitis crónica *simple* se distingue enteramente de las demás en los síntomas, y sobre todo en su gravedad y terminacion. No obstante procuraré caracterizar la inflamacion simple de la laringe en el estado crónico con el corto número de observaciones que existen.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Se sabe positivamente que la *juventud* está exenta de esta afeccion á no ser que suceda al crup, como se verificó en dos casos citados por Belloc y Trousseau (1). Mat. Baillie afirma que esta afeccion es mas frecuente en los hombres que en las mugeres (2). Esta proposicion es exacta respecto á la laringitis leve, pero no se debe deducir de esto que en el sexo masculino haya mas predisposicion á contraer esta afeccion; el diferente modo de vivir de los dos sexos parece que es la única causa de la mayor

(1) *Traité pratique de la pthisie laryngée*; 1835, obs. 15.
(2) *Lectures and observ. on med., by late Matthew Baillie*, Lon. 1825.

Digitized by Google

frecuencia de la laringitis crónica leve en los hombres, porque cuando las mugeres adoptan las mismas costumbres, son acometidas con igual facilidad. Hé aquí todo lo que sabemos en cuanto á las causas predisponentes de la laringitis crónica simple, y desconocemos la influencia del temperamento, de la constitucion, de la habitacion, etc.

2.° Causas ocasionales.

Laringitis crónica leve. Lo mismo que la laringitis aguda leve, consiste casi enteramente en una simple ronquera, cuyas causas determinantes no son difíciles de conocer. Los sugetos que la padecen hacen habitualmente *grandes esfuerzos de voz*, los que á la larga acaban por alterar profundamente la pureza de los sonidos. Asi se ve que los pregoneros, los vendedores ambulantes y los cantores de las calles, adquieren con frecuencia esta enfermedad y en su mas alto grado. Los cantores que solo estan espuestos á fatigas momentáneas de la voz, y que por otra parte saben cuidarse, no presentan esta afeccion en tan alto grado; pero despues de fatigas mas ó menos prolongadas de la voz, esta que era clara se oscurece sensiblemente; la causa es la misma y produce los mismos resultados, pero en menor grado porque es mas débil.

Cuando á la causa de que acabamos de hablar se agrega la costumbre de hacer *escesos de bebidas alcohólicas*, es casi infalible el desarrollo de la enfermedad. Tenemos una prueba de esto en los numerosos ejemplos que se observan en las mugeres públicas, y principalmente entre las de la clase mas baja, que se entregan diariamente á escesos en la bebida. ¿Tienen los alcohólicos alguna parte en la produccion de esta enfermedad, ó bien siendo mas frecuentes los esfuerzos de la voz durante la embriaguez, bastan por sí solos para determinar la irritacion crónica de la laringe? A esta cuestion es dificil responder. Sin embargo, si se considera que durante la embriaguez se dan gritos estertorosos, que parece que la garganta y la laringe se dislaceran por los sonidos que las atraviesan, nos vemos inclinados á creer que la fatiga tan considerable por esta causa obra por sí sola sobre el órgano de la voz. Finalmente, si algunos sugetos son acometidos de ronquera pasagera al dia siguiente de una orgia, se ve únicamente en aquellos que han hecho mas esfuerzos de voz, y al pa-

Digitized by Google

recer la introduccion del alcohol en las vias digestivas no tiene grande influencia; pero es fácil concebir que repetida semejante irritacion con cortos intervalos produzca al cabo de cierto tiempo una inflamacion crónica.

Las *grandes fatigas corporales* han sido consideradas tambien como causas de la laringitis crónica leve. Es cierto, y todos los fisiólogos estan acordes en que el cansancio general obra de un modo notable en la laringe; pues el cansancio empieza por la alteracion de la voz, y acaba por la misma alteracion. Se encuentra una prueba de lo que aqui sentamos en las enfermedades de los demas órganos. Las fuerzas no estan aun del todo abatidas cuando la voz se debilita sensiblemente; y luego que se las ha recobrado, la voz conserva en gran parte su debilidad morbosa, y ciertos sonidos que antes se emitian fácilmente, no se producen ya ó no salen sino apagados. Las notas agudas son principalmente las que mas sufren á causa de esta fatiga. El hecho está demostrado; pero ¿se debe mirar á esta alteracion de la voz como el resultado de una verdadera laringitis? no lo creo asi: porque es una alteracion de las funciones debida á la poca energía de los músculos laríngeos consecutiva á la falta de fuerzas. Por lo tanto no se puede colocar á esta causa entre las de la laringitis crónica. Ya volveré á tratar de este punto al hablar del diagnóstico.

Laringitis crónica intensa. Como la mayor parte de los autores han descrito, segun he dicho, la laringitis simple con las demas especies sin establecer una distincion bien marcada, es difícil conocer en sus escritos lo que realmente pertenece á la enfermedad de que se trata. Hé aquí á lo que se limitan nuestros documentos. Los doctores J. Graves y W. Stokes (1), dicen que han observado cierto número de laringitis crónicas producidas por el *frio*, pero no entran en ninguna esplicacion acerca de este punto. Baillie *(lug. cit.)* dice que esta enfermedad es comun en Inglaterra. Por último, Trousseau y Belloc (2) refieren dos observaciones en que han sobrevenido los síntomas de una laringitis despues de un *crup*, en el cual se habia hecho la traqueotomía, y durar tres semanas hasta el momento en que se empleó un tratamiento apropiado.

(1) *Clinical report of cases in the med. words of the meat hospital*; *en Dublin hospital reports*, vol. V; 1830.

(2) *Lug. cit.* p. 113 y 114.

Digitized by Google

La *inspiracion* prolongada durante largo tiempo de *sustancias irritantes*, ya en polvo, ya en vapor, ¿pueden dar lugar á la laringitis crónica? Se puede creer que es asi, pero no está rigurosamente demostrado por hechos bien observados.

§. III.

SÍNTOMAS.

Laringitis crónica leve. El síntoma principal de esta enfermedad es la *alteracion de la voz.* Esta alteracion puede variar hasta lo infinito: cuando es ligera, la voz es ronca, áspera y algo apagada; cuando ha llegado á su mas alto grado, la voz es baja y estertorosa, se oye en la laringe una especie de silvido que se mezcla con todos los sonidos, de suerte que el enfermo se ve precisado á hacer los mayores esfuerzos para que se le pueda oir. Los sonidos agudos son los que se alteran mas, y sucede tambien que muchas veces se pierden enteramente. Es raro que á esta alteracion de la voz acompañe un verdadero dolor en la laringe; pero hay un estorbo mas ó menos notable que escita á hacer esfuerzos de espiracion, acompañados de un ruido estertoroso como para espeler un cuerpo estraño. Estos esfuerzos no son por lo comun seguidos de espectoracion, y cuando se arrojan algunos esputos no tienen caracteres particulares.

Respecto á la *presion* ejercida sobre la laringe, á la *inspeccion* y á la *auscultacion*, es fácil concebir que no suministran signo alguno de un valor positivo. Los síntomas generales no existen por lo comun, pues la enfermedad es esencialmente local.

Laringitis crónica intensa. Cuando se trata de describir los síntomas de esta especie de laringitis es cuando se conoce la falta de hechos auténticos. En efecto, ¿cómo es posible encontrar en los autores una descripcion de la laringitis simple crónica, cuando no tienen cuidado de establecer una division rigurosa, fundada en los signos que pueden hacer distinguir unas de otras las laringitis crónicas con ó sin lesiones profundas? Entre las observaciones que hemos consultado, hay muchas que no son tan útiles como deberian ser, porque es casi siempre imposible dejar de tener algunas dudas acerca de la realidad de la falta de una lesion ulcerosa ú otra cualquiera, y seguramente de esta impresion par-

Digitized by Google

ticiparán todos aquellos que las lean con atencion. Procuremos pues, con los pocos materiales de que podemos servirnos, dar una idea de esta afeccion tan mal conocida.

La *ronquera*, *la voz estertorosa y la afonía* son muy perceptibles en este grado de laringitis crónica simple, y son mas intensos que en la laringitis leve, pero no tanto como en la laringitis ulcerosa, en la cual las cuerdas vocales estan frecuentemente destruidas. En cerca de la mitad de los casos citados por Trousseau, la voz estaba solo algo apagada.

El *dolor de la laringe* que faltaba en la laringitis leve es muy notable en esta; por lo general es poco intenso, pero molesto, porque se reproduce siempre que el enfermo habla, y principalmente cuando tose. Algunos autores han dicho que la presion sobre la laringe era dolorosa; ¿pero se trata acaso de una laringitis simple? Esto está muy lejos de haberse demostrado.

La *tos* no tiene ningun carácter particular, es gutural como en la laringitis ligera, y casi siempre promovida por la sensacion de estorbo en la laringe, semejante á la que produciria un cuerpo estraño de pequeño volúmen. Frecuentemente se ha notado una *espectoracion* de esputos amarillentos ó agrisados, opacos, sin estrias de sangre. Algunas veces los esputos son aglomerados, casi concretos, y son arrojados principalmente por la mañana.

Por lo comun no se ha estudiado bien la *dificultad de respirar*. En dos de los casos citados por Trousseau y Belloc habia un poco de disnea cuando los sugetos hacian un ejercicio algo violento, como el de subir una escalera, correr y aun andar un poco de priesa. La inspiracion era sibilante, sobre todo cuando los enfermos hablaban. Es inútil decir que en semejante caso deberian oirse por medio de la *auscultacion de la laringe* los estertores vibrantes que se producen cuando este órgano se halla estrechado ú obstruido por una sustancia viscosa; pero segun Beau (1) la laringitis crónica solo da comunmente lugar á estertores ligeros producidos por las burbujas que se forman en virtud de la facilidad con que muda de sitio la materia mucosa por el aire que atraviesa la laringe. Es sensible que esta proposicion, como igualmente casi todas las relativas á la auscultacion de la laringe, haya

(1) *Etudes theor. et prat. sur les diff. bruits qui se prod. dans les voies respir.* (*Archiv. gén. de med.*; 1840, t. IX).

Digitized by Google

sido presentada como una generalidad, y no esté apoyada en hechos bien espuestos.

¿Hay *síntomas generales* en esta afeccion? Si existen son por lo menos poco notables. En los casos referidos por Trousseau y Belloc, y en los citados por otros autores, son siempre debidos al parecer á una complicacion cualquiera. De aquí resulta que la laringitis crónica *simple* no es una enfermedad muy alarmante, y quizás es este el motivo por el que se ha puesto tan poco cuidado en estudiarla.

Los síntomas que acabamos de describir pueden, segun todos los autores, adquirir grande intensidad, y sobre este asunto citaríamos un caso tomado de Fournet por Trousseau y Belloc, si un engrosamiento considerable agregado á una dureza escirrosa que hacia el tejido celular semejante á un verdadero tejido lardáceo no suscitase algunas dudas acerca de la simplicidad de la laringitis. Es estraño que ni Fournet, autor de la observacion, ni Trousseau y Belloc hayan manifestado su opinion sobre este punto. Por lo demas juzgamos necesario decir que este estado de las paredes de la laringe ocasionaba una estrechez notable en la glotis.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Todos saben que el *curso* de la laringitis crónica ligera presenta irregularidades mas ó menos grandes, segun que los enfermos se entregan mas ó menos á los escesos que la han producido ó la sostienen. En cuanto á la laringitis crónica intensa, la falta de suficiente número de observaciones no permite que se tenga una opinion fija sobre este punto.

Lo mismo sucede con la *duracion*. Sabemos positivamente que la laringitis crónica ligera tiene una duracion ilimitada, de lo cual se presentan diariamente numerosos ejemplos; pero respecto de la laringitis crónica intensa, nos hallamos en tal dificultad que no podriamos salir de ella sino por medio de puras hipótesis.

Es inútil decir que la primera de estas dos afecciones jamás ocasiona la muerte. En cuanto á la segunda, muchos autores, tanto antiguos como modernos, piensan que la laringitis cróni-

Digitized by Google

ca simple, cuando se la descuida, puede degenerar en laringitis ulcerosa; de donde se seguiria que esta afeccion es susceptible de tener una *terminacion* funesta. Entre los modernos, el profesor Cruveilhier es el que se ha declarado mas positivamente tocante á este punto. Este médico dice (1): «He visto sugetos de los mas vigorosos y menos predispuestos á la laringitis que han sucumbido víctimas de esta enfermedad.... El curso de cierto número de laringitis me ha manifestado una disminucion notable en los síntomas, obtenida muchas veces á beneficio de una medicacion conveniente, y recaidas á consecuencia de imprudencias; de tal suerte que la tisis laríngea ha sido evidentemente el último término de la laringitis crónica, agravada por muchas recrudescencias.»

¿Son suficientes estas razones? Creemos que no. En efecto, ¿qué prueba que las laringitis que padecian los sugetos vigorosos de que habla Cruveilhier, no eran en el principio laringitis ulcerosas, y probablemente laringitis sifilíticas? La disminucion notable de los síntomas en diversas épocas con intervalos variables no basta para distinguirlas, porque se sabe que esta disminucion se observa tambien en la laringitis crónica ulcerosa. Hasta que los hechos lo hayan declarado, debemos abstenernos de formar juicio alguno sobre este punto, aunque la analogía nos debe hacer creer que las úlceras de la laringe no son realmente la terminacion de una inflamacion pura y simple. Esta es una materia de la cual volveré á hablar al tratar de la laringitis ulcerosa. En cuanto al presente, me limito á reconocer que no se ha estudiado como se debe la terminacion de la laringitis crónica simple, en su grado mas intenso, y por consiguiente que todo lo que se ha dicho en los artículos generales puede ser mas ó menos probable, pero de ninguna manera está probado.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

No se ha estudiado las alteraciones orgánicas que la laringitis crónica deja en pos de sí, sino en los casos en que esta enfermedad existia como complicacion de una enfermedad de pecho, y ni

(1) *Dict. de méd. prat.*, t. XI.

Digitized by Google

aun en semejantes circunstancias se ha sometido á un exámen atento mas que los casos de laringitis crónica grave. Por consiguiente, nada diremos de las lesiones anatómicas de la laringitis crónica leve; pero espondré en pocas palabras lo que se ha encontrado en los sugetos que han fallecido con laringitis crónica simple complicada, porque todo induce á creer que esta enfermedad, en el estado idiopático, no presenta otras lesiones. Tomaremos esta descripcion de Andral (1), pues solo él la ha trazado completamente.

Se halla una rubicundez general ó parcial de la superficie interna de la laringe. Frecuentemente esta rubicundez no ocupa mas que la cara laríngea de la epiglotis; algunas veces está limitada á los ventrículos, y Andral no ha encontrado en algunos casos de tisis mas que esta rubicundez tan limitada, aun cuando la voz habia estado estinguida durante largo tiempo, de suerte que se inclina á atribuir la afonía, no á esta pequeña lesion, sino á una secrecion escesiva de mucosidades.

Muchas veces existe un reblandecimiento notable de la membrana mucosa de la laringe, un aumento considerable de su volúmen, y finalmente, un desarrollo de manchitas de color blanco mate, que su forma regular, su prominencia y su inyeccion «que ocupa ya su periferia, ya su centro á manera de los círculos vasculares del iris,» inducen á Andral á considerarlos como folículos mucosos inflamados.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

1.° *Diagnóstico.* Es sumamente fácil conocer la laringitis crónica leve, y apenas se la puede confundir con otra afeccion cuando ha durado algun tiempo. En efecto, si no se observan mas síntomas que la ronquera y una tos gutural que al parecer tiene por objeto desembarazar las vias aéreas de un cuerpo que las incomoda, y si se conserva la salud general, no se puede creer que exista otra enfermedad que una irritacion ligera de la laringe. Pero el caso es mas dificil cuando la afeccion está todavía en su principio. Mas adelante veremos que las demas especies de la-

(1) *Clinique méd.*, 3.ª edic., t. IV, p. 187 y sig.

Digitized by Google

ringitis crónica principian todas con síntomas muy poco alarmantes, y que los síntomas que presentan al principio no se diferencian sensiblemente de los que se ha asignado anteriormente á la especie de que se trata.

Pero si se cree que en el mayor número de casos, sino en todos, la laringitis crónica con alteracion profunda de los tejidos no es mas que la complicacion de otra enfermedad, nos veremos inclinados por via de esclusion, á reducir el *diagnóstico* á la comparacion de la laringitis crónica simple con la *laringitis sifilítica*. Pero para distinguir bien estas dos afecciones, es preciso indagar con cuidado si hay ó no en otras partes del cuerpo síntomas de sifilis constitucional, tales como úlceras y sifílides de cualquier especie; tambien se debe inspeccionar escrupulosamente la faringe, porque sus paredes pueden presentar ulceraciones características. Finalmente, se tomarán en consideracion los antecedentes del enfermo; en una palabra, es menester tratar de cerciorarse por todos los medios posibles de si existe ó no virus sifilítico. Si no se logra saber esto y si la enfermedad se halla limitada á la laringe, solo el tiempo podrá ilustrar al práctico demostrándole la benignidad de la laringitis simple leve.

El *diagnóstico* de la *laringitis crónica intensa* está envuelto en la mas profunda oscuridad. Fácil es conocer que hay una laringitis; pero ¿en qué se puede conocer que es una laringitis simple mas bien que otra cualquier especie? Esto es lo que los autores no han aclarado suficientemente, y lo que la insuficiencia de nuestras observaciones no nos permiten indicar de una manera satisfactoria. Sin embargo, espondremos el diagnóstico fundándonos en el corto número de documentos que en aquellos se encuentran.

Entre las enfermedades que no tienen su asiento en la laringe apenas hay alguna que pueda realmente dar lugar á un error de diagnóstico. Las *afecciones de la faringe* son accesibles á la vista, y basta solo la inspeccion para conocerlas. Unicamente los *tumores* desarrollados á mayor profundidad, pero siempre á los alrededores de la laringe, ocasionando la dificultad de respirar, la ronquera y la afonía, podrian hacer creer en los primeros tiempos que hay una laringitis crónica simple. Cuando se trate de estos tumores diré algo acerca de este diagnóstico que presenta muchas dificultades, pero del cual seria prematuro hablar aqui.

Digitized by Google

Entre las afecciones que tienen su asiento en la laringe, las que pueden confundirse mas fácilmente con la laringitis simple crónica son: la afonía nerviosa, la laringitis ulcerosa y la presencia de cuerpos estraños en la laringe.

La *afonía nerviosa* se distingue de la laringitis crónica simple: 1.° en el estado de la voz que está siempre mas ó menos apagada casi desde el principio de la afeccion, y aun algunas veces repentinamente; en la laringitis, por el contrario, la voz, como hemos visto, esta solamente ronca, ó si está estinguida, como en los casos citados por Andral, solo sucede esto luego que la enfermedad ha durado mucho tiempo; 2.° en la afonía nerviosa no hay estorbo en la laringe, ni dolor, ni disnea á no ser que haya una complicacion; sucede lo contrario, aunque en menos grado, en la laringitis; 3.° en la afonía nerviosa no hay espectoracion.

Antes de comparar la *laringitis ulcerosa* con la laringitis crónica simple, es preciso cuidar de distinguir la que es de naturaleza sifilítica ó cancerosa de la que no lo es.

La *laringitis ulcerosa no sifilítica y no cancerosa* es casi siempre una complicacion de la tisis pulmonar. Este es un punto que se discutirá mas adelante. Asi pues, todo lo que dé á conocer la tisis incipiente (porque en el caso de tisis confirmada ya no hay dificultad) servirá para hacer establecer el diagnóstico. Con este objeto se deberá reconocer con cuidado si existen el enflaquecimiento, la tos, los sudores nocturnos, la disminucion, y sobre todo la alteracion del sonido del pecho y del ruido respiratorio debajo de las clavículas; porque ninguno de estos síntomas existe en la laringitis simple idiopática. En algunos casos no habiéndose hecho el exámen del enfermo con todo el cuidado conveniente, se ha creido que solo habia una laringitis, aunque á la verdad no era asi: esto prueba que algunas veces es muy difícil el diagnóstico, porque los signos pectorales, que son los únicos que nos pueden guiar, son entonces muy ligeros.

Cuando la laringitis ulcerosa es de naturaleza *cancerosa*, pueden servir de guia en el diagnóstico: 1.° Los signos de caquexia cancerosa, tales son: el enflaquecimiento, la debilidad, la languidez, el color amarillo de paja, y algunas veces la presencia de tumores cancerosos en otras partes del cuerpo; 2.° el dolor generalmente mas vivo que en la laringitis simple; 3.° la crepitacion causada por la presion sobre los cartílagos de la laringe,

Digitized by Google

cuando los desórdenes son considerables; 4.° las espectoraciones que no tienen en la laringitis simple ningun carácter, como hemos visto, y que en la laringitis cancerosa se presentan bajo la forma de esputos filamentosos ó espumosos, mezclados con una cantidad variable de pus y sangre, y algunas veces de detritus de cartílagos corroidos; 5.° por último, la inspeccion de la cámara posterior de la boca. En efecto, en el cancer ulcerado de la laringe se puede percibir una tumefaccion, una deformidad, y muchas veces una destruccion parcial de la epiglotis que da á conocer la naturaleza de la enfermedad.

Es mucho mas difícil, como ya he dicho, distinguir al principio la laringitis crónica simple de la *laringitis sifilítica*, y ya he indicado mas arriba los medios de conseguirlo; únicamente añadiré aquí que la laringitis crónica simple puede existir largo tiempo sin acarrear grandes desórdenes en el estado general del enfermo, no sucediendo lo mismo con la laringitis sifilítica, la que ademas de una alteracion mas profunda de la voz, y muchas veces de una espectoracion purulenta y sanguinolenta, acaba por producir una verdadera caquexia de la cual apenas se consigue triunfar con el tratamiento mejor indicado.

Se han citado casos en que varios *cuerpos estraños* de pequeño volúmen han permanecido largo tiempo en la laringe, y han causado accidentes que se pudieran confundir con los síntomas de la laringitis crónica simple. Pero basta una sola consideracion para establecer el diagnóstico diferencial: cuando un cuerpo estraño permanece largo tiempo en la laringe, se observan intervalos de calma muy marcados y frecuentes, lo que no se verifica en la laringitis crónica simple.

Aun no se ha determinado definitivamente el valor de la *auscultacion de la laringe* en los casos de que se trata. La del pecho seria quizás mas útil; porque la presencia de los cuerpos estraños puede hacer el ruido respiratorio mas débil en todo el torax.

Digitized by Google

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO (1).

1.° *Signos distintivos de la laringitis crónica simple y de la afonía nerviosa.*

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.	AFONÍA NERVIOSA.
Voz ronca; rara vez *extinguida*, y esto solamente en una época avanzada de la enfermedad.	*Voz* mas ó menos apagada, poco tiempo despues de haber empezado el mal ó repentinamente.
Dolor de la laringe; respiracion difícil y á veces *sibilante*.	No existe *dolor, ni ningun estorbo, ni dificultad en la respiracion.*
Espectoracion de esputos mucosos.	No hay espectoracion.

2.° *Signos distintivos de la laringitis crónica simple y de la laringitis ulcerosa no sifilítica y no cancerosa en su principio.*

LARINGITIS SIMPLE CRÓNICA.	LARINGITIS ULCEROSA AL PRINCIPIO.
Buen estado general; no se presenta *ningun signo de tubérculos.*	Casi siempre hay *signos* generales y locales *de tubérculos pulmonares.*

3.° *Signos distintivos de la laringitis crónica simple y de la laringitis ulcerosa cancerosa.*

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.	LARINGITIS ULCEROSA CANCEROSA.
Estado general perfecto.	Enflaquecimiento, debilidad, languidez, color amarillo de paja (caquexia cancerosa).
Dolor ligero.	*Dolor* vivo.
Ninguna *crepitacion.*	Alguna *crepitacion* producida por la presion sobre los cartílagos de la laringe.

(1) No presento en este cuadro mas que el diagnóstico de la laringitis crónica intensa, porque en cuanto á la laringitis crónica leve, es demasiado facil para que sea menester hacer su resumen.

Digitized by Google

Espectoracion de materias puramente mucosas.	*Espectoracion* de materias mucosopurulentas, detritus cartilaginosos.
Nada se descubre en la *epiglotis* cuando se la puede ver distintamente.	Algunas veces hay engrosamiento, deformidad y úlceras de la epiglotis.

4.° *Signos distintivos de la laringitis crónica simple y de la laringitis sifilítica.*

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.	LARINGITIS SIFILÍTICA.
No hay *infeccion* venérea.	*Infecciones venéreas antecedentes.*
No hay *úlceras* venéreas, ni *sifílides*, ni *exóstosis*.	*Ulceras* venéreas, sifílides en otras partes del cuerpo, *exóstosis*, etc.
Espectoracion siempre mucosa.	En una época avanzada de la enfermedad, *espectoracion* de materias mucosopurulentas.
Buen *estado general.*	*Caquexia* sifilítica.

5.° *Signos distintivos de la laringitis crónica simple y de los cuerpos estraños que permanecen largo tiempo en la laringe.*

LARINGITIS CRÓNICA SIMPLE.	CUERPOS ESTRAÑOS EN LA LARINGE.
Ningun *conmemorativo.*	*Conmemorativo* : sufocacion repentina cuando se introduce el cuerpo estraño.
Accesos de sufocacion *poco marcados*, dificultad constante de respirar.	*Accesos* de sufocacion *mas ó menos violentos* separados por numerosos intervalos de profunda calma.

Pronóstico. Segun los autores que mas se han ocupado de la inflamacion crónica de la laringe, la laringitis simple tiende naturalmente á la curacion; solo los escesos y las imprudencias del enfermo sostienen el mal y muchas veces le agravan. Algunos médicos han indicado que esta benignidad de la laringitis crónica simple podia servir para ilustrar el diagnóstico.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Cuando se trata de una enfermedad que ha sido estudiada tan ligeramente, no se debe esperar que siempre se haya apre-

Digitized by Google

ciado rigurosamente los diversos métodos de tratamiento puestos en uso. Esto ya lo habia notado el doctor J. K. Walker en 1822 (1) y es lo que actualmente sucede. «Si nos atenemos, dice este autor, á los escritos publicados sobre esta materia, las sanguijuelas, los vejigatorios, las fricciones mercuriales, el emético, el hidroclorato de amoniaco y los calomelanos son otros tantos medios que han producido felices resultados; pero no se ha tenido cuidado de notar (lo que era indispensable) cuál era el grado de la enfermedad;» ó en otros términos, los autores no han procurado distinguir las diversas especies de laringitis. Me limitaré pues, á indicar á los prácticos los medios propuestos, dejando á la esperiencia el cuidado de fallar acerca de su verdadero valor.

1.° La *laringitis crónica ligera* no exige á la verdad tratamiento alguno. Cambiar las condiciones higiénicas, poner un término á los escesos de todos géneros que producen esta ligera afeccion, es todo lo que el médico debe recomendar. Los sugetos que tienen precision de conservar la integridad de su voz, como los cantores, deberán no solo cambiar sus hábitos, sino tambien condenarse durante algun tiempo á un silencio casi absoluto, y á poner en práctica el tratamiento emoliente y ligeramente narcótico que vamos á indicar para la laringitis crónica intensa.

2.° *Laringitis crónica intensa.* Cuando esta afeccion presenta cierto grado de agudeza, es preciso, segun todos los autores, recurrir á algunos de los medios que se han indicado en el artículo laringitis aguda simple. Asi pues, se emplearán los *emolientes,* algunas *sanguijuelas*, una *sangría general* y la aplicacion de algunas *ventosas escarificadas* en la nuca (medio que, segun Trousseau y Belloc, debe seguir á los otros dos). Estos dos prácticos proscriben el uso de tópicos emolientes sobre la region laríngea, porque su aplicacion, dicen, produce una fluxion sanguínea considerable hácia la garganta, y entonces lejos de calmarse los accidentes, por el contrario se agravan mucho. Mas sea de esto lo que quiera, es menester recurrir muy pronto á otros remedios, si es que no hay que emplearlos desde el principio.

(1) *The London Medical Reposit.*, t. XVII.

Digitized by Google

Las tisanas que se prescribirán, en lugar de ser simplemente emolientes, serán *ligeramente estimulantes* ó algun tanto tónicas, tales como las infusiones de raiz de bardana, de yedra terrestre ó de hisopo, endulzadas con jarabe de fumaria.

Se continuará administrando estas tisanas mientras dure la enfermedad; pero se pueden variar fácilmente recurriendo á plantas que gozan casi de las mismas propiedades, como la salvia, el romero, etc.

Revulsivos. Es muy raro que con la medicacion precedente se obtenga un éxito feliz, y los prácticos que han estudiado mejor esta enfermedad se han apresurado á recurrir á otros medios á cuya cabeza es menester colocar los *revulsivos*, pero sobre esto estan discordes las opiniones en algunos puntos. Muchos autores, y entre ellos Trousseau, Belloc y Blache, creen que el *vejigatorio* volante no produce una utilidad real, y que se debe emplear el *vejigatorio* permanente, cuya accion prolongada es la única que puede producir un efecto ventajoso. Por el contrario, Mat. Baillie recomienda la aplicacion reiterada de pequeños vejigatorios aplicados sucesivamente á la parte anterior del cuello y sobre la region del esternon. ¿Pero á cuál de estos dos procedimientos debemos dar la preferencia? Como la esperiencia no ha dado aun su fallo, el práctico no debe escluir ninguno de ellos, aunque las razones dadas por Trousseau y Belloc sean plausibles. Asi pues, el médico deberá adoptar el que las circunstancias le indiquen. Siendo el caso menos urgente que en la laringitis aguda, no habrá necesidad de recurrir á vejigatorios mas activos que los vejigatorios comunes. En cuanto al sitio en que se los debe aplicar se elegirá la region laríngea en las mugeres y en los niños, y la nuca en los hombres, porque la barba se opone á que se los aplique en la parte anterior del cuello.

Segun Mat. Baillie, el remedio quizás mas útil es un pequeño *sedal* pasado por debajo de la piel de uno de los lados del cuello, muy cerca de la laringe. Tambien Trousseau y Belloc opinan, aunque sin decidir nada acerca del valor absoluto del sedal, que es mejor adoptar este sitio de eleccion que abrir dicho exutorio en la nuca, donde otros prácticos han creido se le debe aplicar, y le prefieren al vejigatorio porque es menos *doloroso, menos irritante* y *menos difícil de curar.*

Estos dos últimos autores usan con mas frecuencia, aunque

Digitized by Google

dicen que sin lograr grandes efectos, y únicamente porque los enfermos los repugnan menos, las *fricciones con la pomada estibiada* y la *escarificacion* del dermis con la potasa cáustica.

Fricciones estibiadas. Para hacer las fricciones estibiadas aconseja Trousseau y Belloc que se tome:

℞ Tártaro estibiado..............	4 gram.	(ʒj)
Manteca....................	12 gram.	(ʒiij)

Mézclese perfectamente.

Se harán dos ó tres fricciones al dia, empleando en cada una de ellas como el volúmen de una avellana de esta pomada.

Segun Trousseau y Belloc las fricciones deben continuarse por algunos dias seguidos, y no se deben suspender en el momento en que principian á aparecer las pústulas; antes por el contrario, es preciso insistir durante uno ó dos dias hasta que la erupcion estibiada sea confluente. Despues cuando las costras empiezan á caerse es menester repetir el mismo medio, y asi se hará dos veces al mes por todo el tiempo que dure la *tisis laríngea* (*lug. cit.*, pág. 311). No obstante debemos hacer una observacion que hará que el médico haga uso con prudencia de este medio, y es que la pomada estibiada, y principalmente cuando se usa durante largo tiempo, puede dejar señales profundas en la piel. A la verdad este no seria un motivo para abandonarla, si estuviese rigurosamente probado por los hechos que semejante medicamento tiene grandes ventajas; pero precisamente esto es lo que no ha demostrado aun la observacion.

Veamos ahora cómo los mismos autores prescriben la *potasa cáustica.*

Uso de la potasa cáustica segun Trousseau y Belloc. «Se aplica cada ocho dias en un lado de la laringe y de la tráquea un pedacito de potasa cáustica. Por este medio se consigue tener al mismo tiempo cinco ó seis cauterios en supuracion, sin que haya precision de mantenerlos abiertos por medio de guisantes.»

Las reflexiones que he hecho respecto de la pomada estibiada son aplicables al uso de la potasa cáustica.

Otros médicos han usado estos mismos revulsivos lejos del sitio de la enfermedad, al brazo ó la pierna; pero no hay nada que pruebe que esta práctica haya tenido realmente buen éxito.

El doctor Hutchinson ha usado con perseverancia el *aceite*

Digitized by Google

de croton tiglio en fricciones en la laringitis crónica, y de sus ensayos concluye que este medicamento puede aliviar los enfermos, pero no curarlos: en efecto, ha visto que se mejoraba la voz y se disminuian los demas síntomas, cuando á causa de las fricciones se manifestaba una erupcion considerable en la region laríngea, pero esta mejoría era solo pasagera. Diariamente aplicaba *tres gotas* de aceite de croton tiglio sobre la piel que cubre la laringe.

Tales son los revulsivos que se han propuesto, y sobre los que no puedo menos de hacer una reflexion general. Aunque todos los autores esten acordes en recomendarlos, no hay ni un solo hecho que demuestre positivamente que con su uso se ha curado la laringitis crónica simple. Por lo tanto el práctico no deberá, hasta conseguir mejores datos, tener una completa confianza en semejantes medios; pero podrá y deberá prescribirlos como medios mas ó menos útiles, porque aun no se sabe todo lo que se necesita acerca del tratamiento de la laringitis crónica; pero no descansará solamente en ellos, y á no ser que sobrevengan circunstancias particulares que no se pueden preveer, deberá recurrir desde el momento en que le parezca dudosa la accion de los revulsivos á una medicacion mas activa.

Narcóticos. Quizás no hay ejemplo de que se hayan abstenido los médicos de hacer uso de los *narcóticos* en un caso de laringitis crónica. En efecto, estos medicamentos tienen tal influencia sobre la respiracion, que siempre que esta esperimenta una dificultad marcada, nos vemos casi invenciblemente inclinados á administrarlos. Pasemos ahora á decir el modo con que se los ha prescrito.

Estracto de lechuga. El doctor Walker (1) pretende que el estracto de lechuga es algunas veces preferible á los sedantes mas poderosos; y con este objeto se le dará en píldoras, segun la fórmula que indicaré mas adelante, ya en una pocion de la manera siguiente:

℞	Tridacio..................	5 decígram.	(10 g̃)
	Infusion de malva........	96 gram.	(℥iij)
	Jarabe de goma..........	20 gram.	(ʒv)

Mézclese. Se toma á cucharadas durante el dia.

(1) *The London med. Repository*, t. XVII, 1822.

Opio. Este es el narcótico que mas frecuentemente se usa, pero rara vez se le ha prescrito á alta dosis en la enfermedad de que tratamos. Asi pues, no se administran mas de 3 á 10 centígramos ($^3/_5$ de grano á dos granos) de estracto gomoso, en píldoras ó en una pocion.

Estramonio. Este medicamento es precioso cuando el opio no ha producido el efecto que se esperaba, porque muchas veces en semejantes circunstancias ha aliviado mucho. En la afeccion de que se trata se le prescribe principalmente en fumigaciones ó bien se le fuma en cigarrillos. Las fumigaciones se administran del modo que sigue:

Fumigaciones narcóticas.

℞ Infusion de sauco...........	2000 gram.	(℔jv)
Polvo de estramonio.........	6 gram.	(ʒjß)

Se usa una fumigacion todas las noches ó por mañana y noche.

Trousseau y Pidoux aconsejan que se emplee para estas fumigaciones el aparato propuesto por Gannal y Richard para las fumigaciones de cloro. Yo no creo que la accion del estramonio sea bastante activa para exigir este aparato, el que por otra parte es muy conveniente si se puede proporcionar; pero son suficientes un vaso comun ó una simple tetera. En estos últimos años, y por recomendacion de Cruveilhier, se ha usado con mas frecuencia *fumar* el estramonio como *tabaco*, y generalmente se ha adoptado la mezcla siguiente:

℞ Hojas secas de estramonió......	1 gram. (20 g)
Hojas secas de salvia..........	

Mézclese.

Esta cantidad es suficiente para una pipa, y se pueden fumar de una á tres al dia segun su accion. Se puede fumar la misma cantidad en un papel arrollado á manera de cigarrillo. Finalmente, advierten los mismos autores que acabamos de citar, que los hombres acostumbrados á fumar pueden mezclar el estramonio con tabaco.

Tambien se puede reemplazar sin inconveniente el estramonio por la *belladona*, solo que será menester aumentar la dosis una quinta ó cuarta parte mas.

Digitized by Google

Bennati, que ha estudiado mucho las enfermedades del órgano de la voz, aconsejaba una preparacion cuya fórmula daré mas adelante, y segun la cual se disuelve el estracto de belladona en alcohol alcanforado. Este autor dice tambien que en las afecciones reumáticas, el estracto de *beleño* reemplaza en las mismas dosis á la belladona. ¿Pero en qué se conoce que la afeccion es de naturaleza reumática? A esta cuestion no es fácil responder.

J. Graves y W. Stokes han aconsejado el mismo medio, pero bajo diferente forma; recomiendan aplicar á la parte anterior del cuello un emplasto de belladona. La fórmula siguiente llena muy bien esta indicacion:

Emplasto de belladona.

℞ Estracto alcohólico de belladona..	36 gram.	(ʒix)
Resina elemí....................	8 gram.	(ʒij)
Cera...........................	4 gram.	(ʒj)

Se disuelve la cera y la resina, y se incorpora el estracto (Planche).

Para terminar lo que tengo que decir acerca de esta clase de medicamentos, añadiré que Mat. Baillie, y con él muchos médicos ingleses, han hecho uso del *estracto de cicuta*. Baillie prescribe 30 centígramos (6 granos) de él para tomar en tres dosis el dia. Asi pues se podrá recetar

℞ Estracto de zumo no depurado de cicuta.......................	4 gram.	(ʒj)
Polvo de hojas de cicuta.........	C. S.	

Mézclese, y háganse píldoras de 1 decígramo (2 granos) de las que se toman nueve cada dia.

Acabo de indicar con bastantes pormenores los principales narcóticos ó estupefacientes recomendados por los diversos autores, primero porque son, como ya se ha dicho, muy generalmente usados, y segundo porque tienen, á lo menos como auxiliares, una utilidad reconocida por todo el mundo. Pero las reflexiones que se han hecho anteriormente son aplicables igualmente á este género de medicamentos; no hay un ejemplo indudable de curacion producida únicamente por estos medios, de suerte que es menester reunirlos á otros si se desea obtener mas que un alivio. ¿Deberé hacer mencion del tratamiento por *los caracoles tragados vivos*, que ha propuesto el doctor Chrestien de Mompeller?

Digitized by Google

Creemos que bastará decir que las observaciones referidas por este médico (1) no son concluyentes.

Resumen; prescripciones. Generalmente se recurre al mismo tiempo á los revulsivos y á los narcóticos, despues de haber, si el caso lo exige, usado los antiflogísticos. Entonces debe dirigirse el tratamiento de esta manera.

PRESCRIPCION I.

Para un adulto en el caso que queden restos de inflamacion aguda.

1.° Infusion de malva y amapola, endulzada con jarabe de culantrillo.

2.° Una sangría del brazo de 3 á 400 gramos (10 á 13 onzas), ó bien de 15 ó 20 sanguijuelas á la region laríngea.

3.° Fumigaciones emolientes y narcóticas por mañana y noche.

4.° Un vejigatorio permanente en la region laríngea ó en la nuca.

5.° Si la region laríngea está libre, se harán las fricciones siguientes en esta region, y si estuviese ocupada por un vejigatorio se practicarán en las partes laterales del cuello.

℞	Estracto de belladona......	6 decígram.	(ʒjv)
	Alcohol alcanforado.......	125 gram.	(℥ß)

Disuélvase. Se hacen dos ó tres fricciones al dia, y solo durante los tres primeros del tratamiento (Bennati).

6.° No se permitirán mas que dos ó tres caldos al dia, hasta que se hayan disipado los síntomas de la inflamacion.

PRESCRIPCION II.

Para un niño de seis á diez años.

Deben usarse los mismos medios, solo que:

1.° Si se hace la sangría del brazo no se sacará mas de 90 á 150 gramos (3 á 5 onzas) de sangre.

(1) *Revue médicale*, 1831.

(2) Véase la *laringitis aguda*.

Digitized by Google

2.° En el líquido de las fricciones, la cantidad de estracto de belladona no pasará de 2 á 3 decígramos (4 á 6 granos).

Como los niños de menos edad estan muy poco espuestos á la laringitis crónica, es inútil hacer una prescripcion particular para ellos.

PRESCRIPCION III.

Para un adulto cuando no quedan restos de inflamacion aguda.

1.° Para bebida, cocimiento de raiz de bardana, endulzado con jarabe de fumaria, ó bien una infusion de yedra terrestre, de salvia, etc., endulzada con jarabe de culantrillo.

2.° Un sedal á la parte anterior del cuello hácia la parte inferior del cartílago tiroides.

3.° Fricciones dos ó tres veces al dia con la pomada de Autenrieth (véase la pág. 190) en las partes laterales del cuello cerca de la laringe, ó bien se aplicará cada ocho dias á derecha y á izquierda de la laringe unos pedacitos de potasa cáustica, de modo que resulten otros tantos cauterios que no será necesario mantener abiertos.

4.° Todas las noches se darán de 1 á 4 de las píldoras siguientes:

℞ Trídacio........................ 4 gram. (ʒj)
Polvo de regaliz................. C. S.

H. S. A. 20 píldoras.

Se puede prescribir el tridacio en una pocion segun la fórmula que hemos indicado en la pág. 191.

5.° Una fumigacion todas las noches, ó mañana y noche, con estramonio (véase pág. 192).

6.° Régimen suave y poco nutritivo, por lo que conviene no conceder sino la mitad ó lo mas las tres cuartas partes de la cantidad ordinaria de alimentos. Tambien se deberá recomendar que no se tomen las bebidas ó los alimentos demasiado calientes, y se mantenga el cuerpo á una temperatura suave.

PRESCRIPCION IV.

Para un adulto en un caso semejante al precedente.

1.° Las mismas tisanas para bebidas.

2.° Se aplican sucesivamente muchos vejigatorios pequeños

Digitized by Google

volantes al rededor de la laringe, y principalmente en la parte superior del esternon (Baillie), teniendo cuidado de dejar libre un espacio bastante grande de la region laríngea para aplicar el emplasto siguiente:

3.° Sobre la piel que cubre la laringe un emplasto de belladona (véase pág. 193).

4.° Hacer fumar de 1 á 3 gramos (18 á 54 granos) de hojas de estramonio, mezcladas con igual cantidad de salvia (véase pág. 192).

5.° El mismo régimen que en la prescripcion antecedente.

A todos los narcóticos que acabo de indicar, se puede sustituir, ó bien el estracto gomoso de opio á la dosis de 3 á 10 centígramos (3/5 de grano á 2 granos), ó bien como proponen Trousseau y Belloc (1), una *sal de morfina*, el sulfato ó el hidroclorato, á la dosis de 5 centígramos (1 grano), aplicada por el método endérmico. Con este último medicamento se obtiene una doble accion revulsiva y narcótica, y la primera no es la menos notable, porque las sales de morfina obran como irritantes enérgicos sobre la piel despojada de su epidermis.

Se aplican lo mas cerca posible de la laringe los vejigatorios con que se han de producir las úlceras, sobre las que se ha de aplicar este medicamento; la dosis de la sal es de 3 á 5 centígramos (3/5 de grano á 1 grano) para los adultos y ancianos, y de 1 á 2 centígramos (1/5 á 2/5 de grano) para los niños menores de diez años. Reuniendo el uso de este remedio, como he dicho hace poco, la accion revulsiva y la narcótica, reasume en cierto modo la parte del tratamiento que acabo de esponer.

Preparaciones mercuriales. Muchos médicos ingleses han aconsejado las preparaciones mercuriales y alabado mucho sus efectos; pero hay una cuestion preliminar que debieran haberse propropuesto, y que sin embargo seria indispensable resolver antes de decidir nada acerca de los efectos de este tratamiento ¿Las laringitis en que han hecho uso de estos medicamentos eran ó no de naturaleza sifilítica? Si estas laringitis eran de naturaleza sifilítica, no cabe duda de que el tratamiento ha podido tener gran influencia en la terminacion de la enfermedad, y careciendo de pruebas se debe suponer que era asi. En muchas observaciones,

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*; Paris, 1837, en 8.°

Digitized by Google

y particularmente en las de los doctores Marshall Hall, de Nothingham (1), y Graves (2), no se dice si los enfermos habian tenido ó no enfermedades venéreas, y aunque entre ellos habia algunas jóvenes solteras, es sabido que han podido existir semejantes enfermedades, sin que los médicos hayan tenido conocimiento de ellas. Por estas razones dejaremos todo lo que tenemos que decir acerca del uso de los mercuriales para el artículo que dedique á la laringítis sifilítica.

Medicacion tópica. Debemos á Trousseau y Belloc los hechos mas importantes acerca de los efectos de esta medicacion. Ellos son los que por la aplicacion directa de los medicamentos sobre la mucosa laríngea, han enriquecido mas esta parte de la terapéutica obteniendo los mas felices resultados, y tambien los que han dado mejor á conocer la accion de las sustancias empleadas, y el modo como se debe dirigir el tratamiento. Por consiguiente, apenas tengo otra cosa que hacer sino dar un resúmen de la parte de su obra que se refiere á la medicacion tópica, teniendo cuidado de examinar los resultados generales, por lo que resulta de sus propias observaciones. Estos prácticos dividen los medicamentos de que se trata en tres clases: 1.° los que se emplean bajo la forma de vapores secos ó húmedos; 2.° los que se introducen en forma líquida, y 3.° los que se administran bajo la forma pulverulenta.

1.° *Inspiracion de vapores secos ó húmedos.* Ademas de las fumigaciones que hemos indicado mas arriba, se han prescrito otros de diversa naturaleza. Entre las fumigaciones secas citaré las siguientes:

El humo de brea.
» de resina.
» de beleño.
» de tabaco.
» de adormideras.

Walker *(lug. cit.)* ha prescrito la primera de estas fumigaciones, y segun él dice con buen éxito.

Para hacer estas fumigaciones basta tomar un puchero de

(1) *Med. chir. Transactions of London*, 1819, vol. X, p. 166.
(2) Analys. en la *Gaz. méd.*, 1832.

Digitized by Google

barro con tapadera que ajuste bien, y en la cual se hace una aberturita; se quema en lo interior la sustancia prescrita, y ya sea por medio de un tubo ó manteniéndose á corta distancia de la abertura se recibe en la garganta y se aspira el vapor que se desprende.

Trousseau y Belloc han hecho igualmente inspirar á sus enfermos el vapor del cinabrio, el ácido sulfuroso, etc.; pero segun dicen, con muy diversos resultados.

Los mismos autores, asi como Gannal, Cottereau y Richard, han empleado otras sustancias, tales como el iodo, el cloro, el ácido hidrosulfúrico y diversos aceites esenciales. Para estos últimos se ha usado el aparato de Gannal y Cottereau, y entonces son fumigaciones húmedas, puesto que las sustancias medicinales pasan al través del agua para llegar hasta la boca de los enfermos. Nada mas diré acerca de estos medicamentos, porque nada prueba que hayan producido resultados ventajosos, y presentan demasiados peligros para que lleguen jamás á ser de uso comun.

Fumigaciones emolientes y balsámicas. Martin Solon (1) ha referido un caso en que con *fumigaciones*, primero simplemente emolientes, despues añadiendo algunas gotas de tintura de benjuí y de bálsamo de Tolú, se ha conseguido la curacion de una laringitis con afonía casi completa que duraba hacia ya cuatro meses; por consiguiente, este es un medio que merece llamar la atencion del práctico, porque la enfermedad de que nos ocupamos es muy rebelde.

2.° *Medicamentos líquidos.* Los que Trousseau y Belloc han empleado son irritantes ó solamente astringentes; pero siendo los mismos procedimientos para conducir todos estos líquidos á la laringe, vamos á dar su descripcion tal como la han presentado estos dos autores, y en seguida examinaré qué grado de eficacia tienen estos diversos medicamentos.

Para llevar un líquido cáustico á la laringe, se pueden emplear diversos medios.

1.° *Cauterizacion de la parte superior de la laringe.* Si se quiere cauterizar solamente la parte superior de la laringe y de la epiglotis, se debe hacer de la manera siguiente:

(1) *Gaz. médicale de Paris*, 1834, p. 117. *Obs. et consid.*, etc.

Digitized by Google

Se toma una especie de flecha de papel arrollado, bastante consistente, y se encorva la estremidad que se mojará en la solucion de manera que retenga una gota. Se hace que el enfermo abra mucho la boca, y con una cuchara muy encorvada se deprime la lengua, atrayéndola un poco hácia adelante; entonces se introduce la flecha, y cuando su estremidad haya pasado de la epiglotis, se hace ejecutar al instrumento un movimiento de palanca que hace penetrar su punta en la parte superior de la laringe.

2.° *Cauterizacion de la faringe, de la base de la lengua y la entrada de la laringe.* Si es necesario cauterizar á la vez la laringe, la base de la lengua y la entrada de la laringe, se toma una ballena de 4 á 5 milímetros (de 2 á 2½ líneas) de diámetro; se calienta la punta en la estension de unos 3 centímetros (15½ líneas) en la llama de una vela. Cuando esté suficientemente reblandecida se la encorva de manera que forme un ángulo de 80 grados. En seguida se hace en su estremidad una muesca circular y profunda, á la que se sujeta con solidez una esponjita esférica de 15 milímetros (de unas 8 líneas) de diámetro, que se empapará perfectamente en una solucion de nitrato de plata; despues se deprime la lengua como anteriormente y se introduce el portacáustico. Cuando se haya pasado el istmo de las fauces, el enfermo hará un movimiento de deglucion que llevará la laringe hácia arriba: entonces se aprovecha este momento para traer hácia adelante la esponja que se habrá hecho penetrar hasta la entrada del esófago. Por esta maniobra la esponja se colocará á la entrada de la laringe, levantando la epiglotis, y asi se podrá fácilmente esprimir en ella la solucion cáustica apoyando un poco. Las convulsiones de la tos lejos de oponerse á esta introduccion la favorececen.

3.° Si el enfermo no pudiese soportar este procedimiento, se recurrirá al siguiente:

Inyecciones cáusticas. Se hace construir una geringuilla de plata semejante á la de Anel, cuyo sifon de 15 centímetros (6½ pulgadas) de largo, y muy encorvado en su estremidad deberá presentar una abertura de 1 milímetro (media línea) de diámetro. Se llena las tres octavas partes de su capacidad de la solucion cáustica, y se deja el émbolo levantado como si la geringuilla estuviese llena, de manera que haya

Digitized by Google

como una cuarta parte de solucion de nitrato de plata y tres cuartas partes de aire. Estando el enfermo colocado como en la operacion precedente, se introduce la estremidad del sifon hasta mas allá de la epiglotis, y cuando haya pasado de este órgano, se empuja rápidamente el émbolo. Entonces por la mezcla del aire y del líquido se producirá una lluvia fina que penetrará al mismo tiempo en la parte superior del esófago y en la laringe. En el mismo instante el enfermo esperimenta una tos convulsiva que arroja toda la parte de la solucion no combinada con los tejidos. Entonces se le hace beber algunos sorbos de limonada hidroclórica ó simplemente de agua salada, á fin de descomponer la poca solucion que habiéndose quedado en el esófago pudiera tragarse.

Trousseau y Belloc que han usado frecuentemente estas cauterizaciones han comprobado su inocencia, y han notado que apenas se siente dolor en la faringe.

Entre los diversos medicamentos que se pueden aplicar por estos procedimientos sobre la membrana mucosa de la laringe, se puede poner en primera línea el *nitrato de plata;* este es el que Trousseau y Belloc prefieren á causa de la rapidez de su accion, de su inocencia constante, y añaden, de su eficacia esperimentada en el tratamiento de casi todas las enfermedades esternas. Sin detenerme en esta última asercion que podrá parecer algo exagerada, y no teniendo en consideracion mas que lo que se ha verificado en el caso de laringitis crónica simple tratado por este medio, diré que en efecto el nitrato de plata ha tenido un éxito pronto y feliz en el mayor número de casos tratados por Trousseau y Belloc. En la obra de estos autores se encuentran seis ejemplos de laringitis crónica simple, en los cuales se ha practicado la cauterizacion por el nitrato de plata, y cinco veces se han disipado rápidamente todos los síntomas, siendo asi que un gran número de medios empleados anteriormente habian sido completamente inútiles; por cuya razon este es un medio que se debe tener por muy superior á los demas, y al que se deberá recurrir cuando los anteriormente indicados no son suficientes.

La solucion del nitrato de plata debe estar mas ó menos concentrada segun los casos. Asi pues se prescribirá:

℞	Nitrato de plata cristalizado.	4 gram.	(ʒj)
	Agua destilada............	8 á 16 gram.	(ʒij á ʒjv)

Digitized by Google

Se guarda esta solucion en un frasco bien tapado y al resguardo de la luz.

Como se ha visto mas arriba, está demostrado por la esperiencia que no debe infundir temor alguno la gran proporcion del nitrato de plata.

Si se quiere hacer una cauterizacion mas profunda se empleará el *nitrato ácido de mercurio*, ya puro, ya un poco dilatado; pero no podemos aconsejar este medio lo mismo que ningun otro cáustico (á escepcion del nitrato de plata) por dos razones: la primera, porque puede causar accidentes graves; y la segunda, porque á pesar de que se le ha empleado algunas veces, la esperiencia nada nos dice de positivo en su favor. Por lo tanto los prácticos prudentes se atendrán á la solucion del nitrato de plata, cuya eficacia é inocencia estan probadas por los hechos.

Medicamentos tópicos bajo la forma pulverulenta. Para introducir los medicamentos bajo esta forma Bretonneau ha inventado un instrumento cuya descripcion es como sigue.

Descripcion del instrumento propuesto por Bretonneau para insuflar los polvos medicinales en la laringe. Este instrumento se compone de un tambor ó parte media del volúmen de un huevo de pava, y el que se puede fabricar con un coco. La cavidad de este tambor, que se podrá separar cuando se quiera en dos partes iguales, está dividida por un diafragma de muchas líneas de grueso, de manera que resulte una cavidad anterior en la que se pone el polvo que se ha de insuflar, y una cavidad posterior en la cual penetra antes el aire. Este tabique está atravesado muy oblícuamente por un cañon de pluma que pone en comunicacion las cavidades, y debe descender hasta muy cerca de la pared inferior donde se encuentra el alumbre. Este tambor está agujereado y en sus estremidades hay unas tuercas á que se atornillan dos tubos de cuatro á cinco pulgadas de largo. Uno de estos tubos destinado á ser introducido en la boca del enfermo, se atornilla en la cavidad anterior, de donde debe sobresalir algunas líneas; el otro que es un poco mas grueso y sirve para soplar con la boca ó lo que es mejor aun, con una botella de goma elástica, un fuelle, etc., se atornilla sobre la otra abertura del tambor. La abertura de estos dos tubos está cubierta: la de la cámara anterior por un pedazo de gasa para tamizar el polvo, y la otra por un

Digitized by Google

pedazo de tafetan que sirve de válvula é impide que en un acceso de tos el medicamento sea rechazado al tubo por donde se sopla. Este instrumento ha sido perfeccionado por Guillon.

Trousseau y Belloc advierten que este instrumento no llena siempre el objeto, porque los enfermos no saben combinar sus inspiraciones con la insuflacion, y aun algunos, y principalmente los niños, espantados y no sabiendo lo que se les va hacer, espiran con fuerza, de manera que arrojan el polvo antes que haya tocado á las partes enfermas. Por esto se prefiere confiar estas insuflaciones al enfermo mismo; lo que es fácil de ejecutar por medio de un tubo de vidrio ó simplemente de una caña, de cuyo medio se servia ya Areteo en el tratamiento de la angina maligna, segun se espone á continuacion.

Insuflacion por aspiracion. Se toma un tubo de 4 milímetros (dos líneas) de diámetro, y de 22 á 28 centímetros ($9^1/_2$ á 12 pulgadas) de largo. Se introduce en uno de sus estremos el polvo medicinal, y se mete el otro estremo en la boca del enfermo todo lo mas que sea posible. El enfermo debe cerrar en seguida la boca despues de haber hecho una espiracion completa, y ejecutar despues una inspiracion repentina. El polvo arrastrado por el aire que atraviesa el tubo, llega á la faringe donde se queda una parte, al paso que la otra penetra en la laringe. El enfermo reprimirá los golpes de tos que entonces sobrevienen, todo lo que le sea posible, á fin de que el medicamento permanezca en contacto con la mucosa laríngea.

Los polvos que se introducen de este modo en la laringe son los siguientes:

1.° El azúcar.

2.° El subnitrato de bismuto puro ó mezclado con su peso de azúcar en polvo.

3.° ℞ Sulfato de zinc............ 5 centígram. (1 g̃)
Azúcar.................. 18 decígram. (36 g̃)

Mézclese exactamente.

4.° El sulfato de cobre en las mismas proporciones que el sulfato de zinc.

5.° Alumbre.................. 25 centígram. (5 g̃)
Azúcar.................. 50 centígram. (10 g̃)

6.° Acetato de plomo...........	1 decigram. (2 g)		
Azúcar en polvo............	7 decigram. (14 g)		
	N.° 1.	N.° 2.	N.° 3.
7.° Nitrato de plata.	5 cent. (1 g)	5 cent. (1 g)	5 cent. (1 g)
Azúcar en polvo.	36 dec. (72 g)	18 dec. (36 g)	12 dec. (24 g) (1).

Para que estos polvos sean menos activos basta aumentar la cantidad de azúcar, pues hay ocasiones en que está indicado disminuir su accion, ya por la escesiva sensibilidad del sugeto, ó ya porque el medicamento sea demasiado enérgico; pero á no ser que se presenten circunstancias particulares, no hay necesidad de aumentar la proporcion del medicamento mismo.

Se recomendará al farmacéutico que mezcle estos polvos sobre un pórfido para evitar los inconvenientes que resultarian de que hubiese unos granos mas gruesos que otros, y que conservasen asperezas irritantes.

Tales son los preceptos que dan Trousseau y Belloc para usar estos polvos medicinales. Veamos ahora cuáles son los resultados que han obtenido.

En un caso que se puede mirar como una laringitis crónica simple, se empleó solo el *subnitrato de bismuto* á la dosis de 20 centígramos (4 granos), cuatro veces al dia, y al cabo de quince dias se obtuvo la curacion.

En un niño, que presentaba síntomas de laringitis crónica hacia tres semanas, se insufló en la laringe cuatro veces al dia un polvo que contenia una octava parte de *alumbre* y otras siete octavas de azúcar piedra, y en algunos dias se curó el enfermo.

Hé aqui los hechos algo detallados que tenemos relativamente á la insuflacion ó á la inspiracion de los polvos medicinales, y es fácil ver que la ciencia tiene necesidad de que se multipliquen; pues aunque la accion del remedio ha sido muy pronta y al parecer todo atestigua en favor de su eficacia, seria preciso que los esperimentos fuesen mucho mas numerosos para estar seguro de no haber sido engañados por las apariencias. Sin duda hay médicos, y entre ellos es menester citar en primera línea á Trousseau y Belloc, que han usado con bastante frecuencia estos remedios, y especialmente el nitrato de plata bajo la forma de polvo y

(1) Al médico corresponde juzgar cuál de estas tres fórmulas es la que conviene, segun el grado de cauterizacion que se quiere obtener.

Digitized by Google

en insuflacion; pero las mas veces se han limitado á decir que tenian por qué felicitarse por haberlos empleado, sin entrar en los pormenores de los hechos; por consiguiente los prácticos tienen aun que apelar á la esperiencia.

Se ve pues que nada digo de los medicamentos en forma de polvo, en cuya composicion entra una preparacion mercurial cualquiera; porque la dificultad de reconocer, en los ejemplos que pudieramos consultar, si la enfermedad era ó no sifilítica, nos impediria siempre saber si el remedio ha obrado ó no como específico, y asi nunca llegariamos á conseguir una conclusion positiva. Ya volveremos á tocar este punto al tratar de la laringitis sifilítica. Otro tanto debo decir del *iodo* tan alabado por los médicos alemanes.

Tratamiento de la laringitis ocasionada por la estension de la inflamacion de la laringe. Ya se ha visto en el artículo de las causas, que en ciertos casos la laringitis crónica toma orígen de una irritacion ó de un estado de fluxion habitual de la membrana mucosa de la faringe. Entonces no es necesario obrar sobre la laringe, que se halla afectada secundariamente, y basta dirigir los medicamentos al velo del paladar ó á las amígdalas donde ha empezado el mal.

Cauterizacion de la faringe. Entre los agentes de que se puede hacer uso, y que no se diferencian de los que hemos indicado para cauterizar la laringe, Trousseau y Belloc eligen todavía con preferencia el *nitrato de plata*, y recomiendan tocar con un cilindro de él las amígdalas y el velo del paladar, dos ó tres veces á la semana. Estos autores han citado en su obra un caso de laringitis simple, en que el uso de este medio ha sido seguido de un pronto y feliz resultado, á pesar de que la afeccion era grave y duraba hacia ya cerca de un año, habiéndose empleado inútilmente muchos de los remedios indicados mas arriba.

En lugar del cilindro de nitrato de plata se puede por medio de una *esponja* conducir á la faringe una solucion concentrada de aquel medicamento, ó introducir en ella con el dedo los polvos siguientes.

℞	Nitrato de plata............	4 decigram.	(8 ℥)
	Azúcar cande...............	4 gram.	(ʒj)

Mézclese y redúzcase á polvo fino.

Digitized by Google

Segun Trousseau y Belloc se llena la misma indicacion con la *solucion saturada de cobre y de sulfato de zinc;* pero sin negar el hecho, diré que la esperiencia no ha dado todavía su fallo: á lo menos no tenemos observaciones que puedan resolver estas dudas.

En fin, cuando los diversos remedios que acabo de revisar no han producido los buenos efectos que de ellos se esperaba, se prescribe á los enfermos las *aguas minerales sulfurosas*. Trousseau y Belloc citan un caso en que se atribuyó la curacion á la accion de las aguas minerales de Aguas Buenas *(Eaux-Bonnes)*, en Francia, *tomadas á la dosis de una botella* al dia. Este hecho, único que refieren detalladamente estos autores, seria muy poco decisivo por sí solo, puesto que al mismo tiempo que tomaba estas aguas el enfermo se hacia fricciones con la *pomada estibiada* y seguia un régimen conveniente despues de multiplicados escesos. Pero se han observado otros en los que la cuestion es menos complicada. En efecto, el doctor Louis ha visto que las aguas minerales de Aguas Buenas *(Eaux-Bonnes)*, tomadas en el manantial, han producido un restablecimiento completo en dos abogados que tenian hacia ya muchos años una alteracion profunda de la voz. Estos dos enfermos han tomado las aguas durante dos años seguidos; mas la segunda vez era para consolidar la curacion producida por la primera. Cuando se crea conveniente prescribir las aguas se elegirá las de Aguas Buenas *(Eaux-Bonnes)* ó las de Cauterets, de San Salvador *(Saint-Sauveur)* y de Luchon (1), enviando los enfermos si es posible á los mismos manantiales.

¿Puede haber casos en que sea necesario recurrir á la traqueotomía? No he encontrado ni uno solo, lo que ciertamente no debe sorprender si se considera que en el caso en que no ha dejado duda la simplicidad de la afeccion, la disnea no era considerable.

Réstanos tomar ahora en los autores que se han ocupado de la laringitis algunos nuevos ejemplos de tratamiento que puedan servir de guia al práctico.

(1) *Para encontrar las aguas minerales equivalentes en España á las que cita el autor, se puede consultar el* Manual de aguas minerales de España y principales del estrangero, *por Don Francisco Alvarez. Madrid* 1850. (Nota de los Traductores.)

PRESCRIPCION V.

TRATAMIENTO SEGUIDO EN LOS DOS CASOS CITADOS POR TROUSSEAU Y BELLOC.

En los primeros tiempos de la afeccion.

1.° Una ó dos sangrías con algunos dias de intervalo. (En un caso se hizo la tercera sangría estando el enfermo sentado á fin de producir el síncope.)
2.° Sanguijuelas al ano.
3.° Un ancho vejigatorio á la parte anterior del cuello.
4.° Fumigaciones emolientes.
5.° Tomar la leche de burra.
6.° Aguas sulfurosas en bebida y en baño.
7.° Régimen suave y ligero.

Este tratamiento que rara vez han empleado Trousseau y Belloc por sí mismos, y que los enfermos habian seguido por consejo de otros médicos, ha producido un alivio mas ó menos notable, pero no una curacion completa. Asi pues, los dos autores que citamos habian recurrido casi inmediatamente á la *cauterizacion* segun los procedimientos descritos anteriormente.

PRESCRIPCION VI.

TRATAMIENTO DE MAT. BAILLIE.

1.° Estracto de cicuta......... 25 centígram. (5 g.)

En píldoras que se toman tres veces al dia.

2.° Aplicacion de sanguijuelas repetida con cortos intervalos á la region anterior del cuello y del esternon.

3.° Pequeños y multiplicados vejigatorios á los mismos puntos.

4.° Un pequeño sedal en uno de los lados del cuello, muy cerca de la laringe.

No multiplicaremos estos ejemplos, porque me parecen suficientes los pormenores en que he entrado antes.

Régimen. Mientras dura el tratamiento antiflogistico, se debe prescribir un régimen severo y algunas veces dieta. Pero inme-

Digitized by Google

diatamente que se han disipado todos los signos de agudeza, es preciso dar á los enfermos alimentos reduciendo solamente algun tanto la cantidad. Estos alimentos deben ser suaves y de fácil digestion, tales como los pescados, la leche, los huevos, las legumbres frescas y algunas carnes asadas. En cuanto á las bebidas es preciso abstenerse de líquidos alcohólicos, y contentarse con agua mezclada con un poco de vino. No es indiferente la temperatura que deben tener las bebidas, porque al pasar sobre las partes inmediatas de la laringe y sobre la epiglotis pueden, cuando estan demasiado frias ó demasiado calientes, provocar la tos y ocasionar accidentes que es menester evitar con el mayor cuidado; por esta razon se tomarán siempre á una temperatura muy suave.

Tal es el tratamiento de la laringitis crónica simple. Los medios son numerosos, y elegidos la mayor parte entre los medicamentos activos; y si no se trata mas que de tener una coleccion de recetas que puedan sustituirse unas á otras, seguramente el práctico no se verá embarazado. Pero si antes de recurrir á un medio terapéutico se exige que esté probado por la esperiencia, y que los hechos en que se han fundado para preconizarle sean bien observados, rigurosamente analizados y sabiamente interpretados, entonces no sucede lo mismo, porque con frecuencia hemos hallado diagnósticos inciertos y aserciones sin pruebas. Solo la eficacia del nitrato de plata se puede deducir de una observacion poco multiplicada todavía pero exacta; de suerte que hasta el presente es el remedio por escelencia de la laringitis crónica simple. Asi pues, me veo precisado á repetir, que se debe tardar lo menos que sea posible en recurrir á él. A este medicamento siguen los demás cáusticos y los astringentes. En cuanto á los revulsivos y á los estupefacientes tienen en su favor la autoridad de los autores, pero no la autoridad suprema de los hechos.

Tratamiento profiláctico. Habiéndonos demostrado el estudio de las causas que los violentos y reiterados esfuerzos de la voz, juntos á los escesos alcohólicos ú otros, producen casi esclusivamente la laringitis crónica leve, solo los enfermos evitarán la reproduccion de la enfermedad poniendo un término á estos escesos. En cuanto á la laringitis crónica intensa, las observaciones demuestran que para no contraerla es menester antes de todo preservarse del frio. Por consiguiente, el cuello debe estar abrigado, *aun du-*

Digitized by Google

rante la noche, el cuerpo cubierto de franela, y es preciso evitar las transiciones rápidas de temperatura, y mas aun la esposicion prolongada al frio y principalmente al frio húmedo. Tambien se vigilará con el mayor cuidado el estado de la faringe y del velo del paladar, á fin de que si estas partes presentan la menor señal de irritacion crónica, se pueda dirigir sobre ellas los remedios antes que la irritacion se haya estendido á la laringe y se haya hecho mas difícil de desarraigar.

Par evitar las recidivas Stokes y Graves aconsejan las *lociones frias* en el cuello mañana y noche. ¿Pero este medio ha producido alguna vez el efecto que le atribuyen los autores?

Breve resumen del tratamiento.

1.° *Cuando hay restos de inflamacion aguda*, se sigue un tratamiento semejante al que se ha empleado en la laringitis aguda, solo que será algo menos activo.

2.° *Cuando la enfermedad ha pasado completamente al estado crónico* convienen los revulsivos, los narcóticos, los vapores secos (véase la pág. 197), los cáusticos introducidos en la laringe, los astringentes y las aguas minerales.

ARTICULO III.

CRUP FALSO.

(Laringitis estrídula.)

Solo hace un corto número de años que se distingue esta variedad de laringitis de la inflamacion simple ó seudomembranosa de la laringe. Es verdad que en los autores antiguos se encuentran algunas consideraciones acerca de una especie de *angina* que llaman *convulsiva* ó *espasmódica;* pero basta leer un artículo para convencerse de que pretenden hablar de otra cosa muy diferente que de la enfermedad que se ha conocido con el nombre de *laringitis estrídula*. Si consultamos, por ejemplo, los *aforismos* de Boerhaave, cuya autoridad era tan repetida por

Digitized by Google

nuestros antepasados, y ha sido tan citada siempre que se ha tratado de diversas anginas, hallaremos en ellos una descripcion rápida de un estado patológico, al cual este autor da el nombre de *angina convulsiva*. A primera vista se pudiera creer que esta descripcion se refiere á la angina estrídula; pero se ve bien pronto que esta pretendida afeccion particular no es mas que un síntoma mas ó menos violento de diversas neuroses, tales como el histérico, la epilepsia, etc.; de suerte que al incluir Boerhaave este fenómeno en la categoría de las anginas, lo hizo por haberlas asemejado violentamente.

Cuando se ha conocido mejor la laringitis seudomembranosa, cuando se la ha separado como conviene de las demas especies de angina, se ha hecho entrar generalmente en su descripcion la de la laringitis estrídula, que tiene con ella numerosos puntos de semejanza que pueden esplicar esta confusion. Asi pues, en las descripciones de crup, cuya fecha es anterior á estos últimos veinte años, se encuentran cierto número de casos de laringitis estrídula mezclados con los de laringitis seudomembranosa.

Debemos principalmente la distincion admitida actualmente entre estas dos especies de laringitis, tan diferentes por sus lesiones y su gravedad, á los trabajos de Bretonneau y de Guersant. Sin embargo, resulta de las investigaciones de Rilliet y Barthez, que Wichmann, y despues de él Fleish, Henke y Wendt, tenian ya nociones bastante exactas acerca del diagnóstico de estas dos afecciones (1).

En las colecciones inglesas hay gran número de Memorias en las que se trata del *crup espasmódico*, de la *inspiracion con canto de pollo*, de la *tos espasmódica*, afecciones que se han mirado como laringitis estrídulas. En el artículo diagnóstico examinaré las observaciones que presentan los diversos autores que han tratado de esta interesante materia, por lo cual me limitaré á decir aqui que entre los hechos citados los hay que corresponden

(1) Los doctores Rilliet y Barthez, ya conocidos por sus publicaciones sobre las *enfermedades de los niños*, han tenido la bondad de confiarme el manuscrito de un *Tratado clínico* que van á publicar, y que promete dar nuevas luces acerca de las afecciones de la infancia, del cual hemos podido tomar el diagnóstico de Wichmann, que espondremos mas adelante, y que prueba que bajo el nombre de *asma espasmódico*, este autor distinguia muy bien la *laringitis estrídula* del verdadero crup. (*Nota de la 1.ª edic. 1842*).

Digitized by Google

á otras enfermedades diferentes, mas bien que á una simple laringitis estrídula, y particularmente á la eclampsia y al histérico, lo que nos esplica los juicios tan diversos formados acerca de la gravedad de la afeccion de que nos ocupamos. Asi sucede, que cuando en otro tiempo ni se miraba como una enfermedad al crup falso, apenas se le ha distinguido, y por el contrario entraban en su descripcion los síntomas de muchas enfermedades que le son estraños.

No hablaremos en este lugar del *asma agudo* de Millar, ni del *asma tímico* de los Alemanes, enfermedades en que se ha podido ver algunas veces una laringitis estrídula, pues trataremos de ellas detenidamente mas adelante; pero no terminaremos estas consideraciones preliminares sin prevenir una objecion que se nos puede hacer. Se verá en la siguiente descripcion, fundada en las observaciones mas auténticas, que el crup falso no se diferencia de la laringitis simple sino en su forma y en la violencia de la sufocacion. ¿Bastan estas diferencias para constituir una enfermedad distinta? ¿No es en todos los casos una laringitis simple, cuyos síntomas ordinariamente poco graves, se hacen de repente formidables? Yo respondo, que á los ojos del práctico estas exacerbaciones alarmantes que comunican á la enfermedad un aspecto particular, y modifican sensiblemente los síntomas mismos, dan á la laringitis estrídula una importancia especial, que es absolutamente necesario distingir bien los casos de este género de todos los demás, porque los auxilios que deben prestarse á los enfermos se diferencian notablemente de los que se darian en una laringitis estrídula; en una palabra, que si el patólogo no debe ver en el crup falso sino una modificacion de la laringitis simple, el práctico encuentra en esta modificacion indicaciones suficientes para hacer de la afeccion que las presenta una especie particular. Esto es lo que me ha determinado á dedicar un artículo á la laringitis estrídula.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El crup falso ó laringitis estrídula es una inflamacion superficial de la mucosa laríngea que da lugar á accesos de sufocacion mas ó menos alarmantes. Esta definicion que es la de Guersant

Digitized by Google

y Bretonneau, y que resulta del exámen de gran número de observaciones, no ha sido adoptada por todos los autores. No es este el sitio oportuno para esponer las razones en que se funda, ademas de que en los artículos *terminacion de la enfermedad* y *diagnóstico* se verá cómo se pueden esplicar las desidencias que hay acerca de este punto.

Esta enfermedad ha recibido muy diversos nombres. Guersant la habia dado primero el de *crup falso* ó *seudo crup*, el qué en seguida ha abandonado por el de *laringitis estridula,* y bajo esta última denominacion ha sido descrita por Bretonneau. Tambien pueden referirse á esta afeccion algunos casos publicados bajo los nombres de *asma agudo*, *asma espasmódico*, *asma agudo de Millar* y de *catarro sufocante*. Los autores ingleses han usado las espresiones siguientes: *spurious croup*, *laryngismmus stridulus*, *crowing inspiration, dyspnœa spasmodica*, *convulsive disease*, *spasm of the glotis*, etc. Algunos tambien la han descrito bajo la vaga denominacion de *convulsiones particulares de los niños*. Los antiguos no distinguian suficientemente entre sí las diversas especies de angina, y como las confundian tambien algunas veces con otras enfermedades, es inútil indicar su sinonimia, que por necesidad seria engañosa.

Nada sabemos de positivo acerca de la *frecuencia* absoluta de la laringitis estrídula; pero si se atiende al considerable número de observaciones que se han publicado en estos últimos años tanto en Francia como en Alemania é Inglaterra, es de creer que no es rara esta afeccion.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Es evidente que la *edad* tiene gran influencia en el desarrollo del crup falso. En efecto, si se recorren las observaciones esparcidas en las colecciones, se ve que el mayor número de enfermos eran niños. Guersant (1) dice que no ha observado esta afeccion mas que dos veces en sugetos que habian pasado de la edad de siete años. Las observaciones que he re-

(1) *Dict. de méd.*, t. IX, art. croup.

Digitized by Google

unido, y cuyos síntomas eran evidentemente los de la laringitis estrídula, confirman esta asercion. Asi pues, de veintiseis casos tomados al acaso en los escritos de Vieusseux, Lobstein, March, Couch, etc., jamás la edad ha pasado de ocho años; en uno de ellos, el niño no tenia mas de tres dias, pero este es un caso escepcional. En las observaciones de Jurine (consignadas en su manuscrito, que Rilliet y Barthez han tenido á su disposicion) la edad de los enfermos ha variado entre los diez y ocho meses y los diez años. Tambien he encontrado en los autores algunos casos de la enfermedad de que tratamos, que al parecer habian tenido lugar en personas de mas edad. El doctor Jonathan Couch (1) refiere, entre otros, la observacion de una muger de cincuenta y cinco años, en la cual se manifestaron los síntomas de la laringitis estrídula al mismo tiempo que en una niña de ocho años que habitaba la misma casa. Por desgracia esta observacion carece de pormenores, lo que es tanto mas de sentir, cuanto que un simple acceso de sufocacion sin catarro preexistente ó concomitante ha podido hacer que se equivoque el autor, pues yo he visto muchos casos en que se podia cometer fácilmente este error.

De consiguiente resulta de los hechos precedentes, que la laringitis estrídula es una enfermedad propia de la primera infancia, y que no se presenta mas tarde sino en casos escepcionales.

El *sexo* tiene al parecer cierta influencia en la produccion de la enfermedad. Habiendo reunido Guersant los casos de crup ó de crup falso recogidos por varios autores, ha hallado en 511 casos, 293 del sexo masculino y 218 del femenino; y como la laringitis seudomembranosa sola le habia dado un resultado análogo, se ve inclinado á pensar que se puede admitir casi la misma proporcion en los casos de laringitis estrídula. En veinte hechos que he reunido, y en que se hace mencion del sexo, se hallan doce varones y ocho hembras, proporcion que se diferencia muy poco de la precedente. Por último, de sesenta casos observados por Jurine y Jancecowich, y citados por Rilliet y Barthez, cuarenta y tres han ocurrido en niños, y diez y siete solamente en niñas.

(1) *Observ. on croup* (*Annals of med. and surgery*, vol. I, p. 271, 1837).

Digitized by Google

Sin embargo, si recordamos que el número de niños es en general mas considerable que el de niñas, deduciremos que esta estadística, por otra parte incompleta, está lejos de demostrar rigurosamente la influencia del sexo masculino.

Tampoco tenemos que decir nada de positivo acerca de la trasmision por *herencia* de la enfermedad, aunque Kerr la admite sin titubear, igualmente que acerca de la *constitucion* de los sugetos que la padecen, porque los datos son insuficientes.

No sucede lo mismo con el *estado de salud* de los niños en el momento de la invasion de la enfermedad. Algunos observadores ingleses han dicho en general que un estado valetudinario predisponia á la laringitis estrídula; otros por el contrario, y en particular el doctor Kerr (1), dicen positivamente que la enfermedad ataca principalmente á los sugetos sanos y de buena constitucion. ¿Pero estos autores no han tomado en sus observaciones por *espasmos de la glotis* verdaderas *eclampsias* con sufocacion? Esto es lo que examinaré mas adelante. En diez y seis casos que tengo á la vista, la laringitis estrídula ha acometido indiferentemente á sugetos fuertes ó débiles que gozaban perfecta salud, y durante el curso de otra enfermedad de las vias aéreas; con todo, este es un punto importante que no se puede juzgar definitivamente.

Segun Guersant, la laringitis estrídula atacaria principalmente á los niños de la clase acomodada ó rica, y la laringitis seudomembranosa á los de la clase pobre. En efecto, el doctor Blache (2) ha notado que en el espacio de tres años no se ha visto en el hospital de niños mas que un solo caso de crup falso, al paso que los de verdadero crup son todos los años muy numerosos. Estos datos tienen sin duda su valor, pero seria de desear que otras investigaciones exactas resolviesen completamente la cuestion.

Los autores estan acordes en decir que durante el *invierno* es cuando se observa el mayor número de laringitis estrídula. Asi es que Kerr, entre otros varios, afirma que no ha visto esta en-

(1) *On laryngismmus stridulus*, etc. (*Edimb. med. and surg. Journal*, vol XLIX, p. 344, 1838.)

(2) *Du croup et du pseudo-croup* (*Arch. gén. de méd.*). 1.ª serie, t. XVII p. 512.

Digitized by Google

fermedad sino en esta estacion. Los hechos que tengo á la vista prueban tocante á este punto lo siguiente: de diez y siete casos, nueve se han manifestado en invierno, tres en primavera, tres en estío y dos en otoño. Es verdad que este es un bosquejo de estadística del que no se puede deducir nada de positivo, pero que viene en apoyo de la opinion general.

2.° Causas ocasionales.

Hasta el presente solo se ha indicado una causa ocasional, la cual es la *influencia del frio*. Es cierto que las observaciones no son muy esplícitas acerca de este punto; pero si se considera que la enfermedad aparece sobre todo en invierno, que está constituida por una inflamacion ligera, ó para servirme de una espresion usada hace ya mucho tiempo, por una inflamacion catarral de la mucosa de la laringe, se admitirá sin dificultad la accion de esta causa. Por lo demás, como se ve, este es un punto de etiologia muy poco profundizado todavía.

§. III.

SÍNTOMAS.

Se deberá estudiar la *invasion* de esta afeccion con el mayor cuidado, porque constituye uno de los mejores medios de distinguir la laringitis estrídula de la laringitis seudomembranosa, cuya gravedad es tan diferente. Por esta razon creo debo esponer aparte los síntomas de la invasion.

Síntomas de la invasion. Segun Bretonneau (1), Guersant, y antes de ellos, segun Wichmann, el crup falso llama la atencion por su invasion repentina y violenta, y estos dos últimos autores le han visto aparecer comunmente en medio del sueño. Los autores ingleses han insistido menos en esta particularidad de la invasion; mas sin duda depende de que la mayor parte de las veces no han sido tan severos respecto al diagnóstico como los

(1) *Des inflamm. spéciales du tissu muq.*, etc.; Paris, 1826, p. 265.

Digitized by Google

médicos franceses. En efecto, ya veremos despues que han admitido muchas afecciones crónicas con sufocacion entre los casos de laringitis estrídula.

Si ahora tratáramos de dilucidar por medio de los hechos un punto tan importante, esperimentaríamos gran dificultad, porque á pesar de todo el interés que ofrece la cuestion, los observadores se han olvidado de indagar con cuidado de qué modo habia invadido la enfermedad. Sin embargo, examinando atentamente los hechos, se obtiene un resultado que sin ser opuesto á la proporcion de Guersant, debe modificarla algun tanto. En algunas observaciones mas completas que las demás, y especialmente en un caso citado por Bretonneau *(lug. cit.* pág. 273), se ve que el primer acceso de sufocacion ha sido precedido durante algunas horas de una ligera ronquera sin calentura, la cual no llamaba la atencion de los padres del enfermo. En las observaciones recogidas por Jurine y analizadas por Rilliet y Barthez, hubo lagrimeo, coriza, postracion y aun un poco de fiebre. Por otra parte no son raros los casos de crup falso que sobrevienen al fin de una afeccion que ha interesado mas ó menos la laringe; de suerte que nos vemos inclinados á crer que la laringitis estrídula empieza por una leve inflamacion de la mucosa, cuyos síntomas pueden pasar al principio desapercibidos. Por lo demás, parece que Guersant mismo es de este parecer cuando considera á la enfermedad como una simple laringitis superficial que toma una forma particular.

Síntomas de los accesos. Como quiera que sea, lo cierto es que ya durante el sueño ó mas rara vez en el estado de vigilia, se ve que sobreviene rápidamente una agravacion tal de los síntomas, y síntomas nuevos tan alarmantes, que se puede creer que es repentina la invasion de la enfermedad. El niño despierta sobresaltado ó bien se detiene en medio de sus juegos, y se declara una *tos* fuerte, sonora, ronca, que á veces produce un sonido particular, comparado por algunos autores á los ladridos de un perro pequeño, cuyo sonido se oye durante los esfuerzos convulsivos de la espiracion. Esta tos vuelve por accesos mas ó menos prolongados y muy incómodos.

Al mismo tiempo la respiracion es acelerada, entrecortada, anhelosa y se produce durante la inspiracion un ruido agudo, mas chillon que el de la coqueluche, al cual se ha designado con

Digitized by Google

los de *respiracion estrídula*, *sibilante*, *ronca*, *sonora* y *canto de pollo*. Los médicos ingleses son los que principalmente han usado esta última espresion. Semejantes fenómenos merecen toda nuestra atencion, porque por espacio de mucho tiempo han servido para caracterizar el crup, cuando resulta de observaciones recientes que mas bien pertenecen á la laringitis estrídula que al crup propiamente dicho. Estos sonidos particulares han valido á la enfermedad los nombres ingleses de *crowing inspiration*, *laryngitis striduleuse*, etc.

Cuando el niño esperimenta un poco de calma, se queja ó grita, entonces se pueden observar las alteraciones de la *voz*, la cual es ronca, áspera, pero conserva siempre cierto grado de fuerza. En los escritos de los autores ingleses hemos encontrado algunas observaciones en las que se hace mencion de la *afonía;* pero los sugetos en quienes se ha observado este síntoma no estaban atacados de una simple laringitis estrídula, si no que esperimentaban accidentes nerviosos de los que eran una simple complicacion la sufocacion y la afonía. A veces, sin embargo, la voz puede estinguirse durante los acccesos. Jurine y Bretonneau han citado algunos ejemplos de ello, pero estos casos son raros.

El *dolor* que puede esperimentar el enfermo en la region laríngea no ha llamado suficientemente la atencion de los observadores, porque sin duda la prestaban toda á los síntomas de sufocacion y de asfixia. Solo en uno de los casos que he reunido, en el cual aunque existia era poco intenso, he reconocido el dolor producido por la presion en la laringe.

Sucede lo mismo con la *espectoracion* mucosa de que los autores hablan poco; pero algunos indican solamente una espectoracion de moco, sin vestigios de falsas membranas, de sangre ni de ningun otro producto morboso.

La *inspeccion* de la faringe que tanto importa hacer en semejantes casos, da á conocer la presencia de alguna falsa membrana, al paso que apenas hay una ligera rubicundez de la mucosa.

Mientras que el niño esperimenta síntomas tan penosos está en la mayor ansiedad. Su *cara* se inyecta y presenta síntomas de congestion; los labios particularmente se ponen amoratados; un poco mas tarde se observa una palidez espantosa y los ojos es-

Digitized by Google

presan el terror. El doctor Henderson (1) ha notado que los ojos estaban uraños. El enfermo echa la cabeza hácia atrás para respirar, lleva la mano á su cuello, y hay algunas veces cierta distorsion de los miembros ó ligeras convulsiones en los esfuerzos de inspiracion; en una palabra, se observan todos los síntomas de la asfixia. Tal es el *acceso* de la laringitis estrídula en su mas alto grado de intensidad.

Al cabo de un tiempo variable, que no se ha determinado, pero que rara vez pasa de una hora, pero que Jurine ha visto durar seis horas con algunas remisiones, los accesos de tos empiezan á disminuir de intensidad, la respiracion es menos ruidosa, menos precipitada y menos entrecortada. La tos no es tan seca, y se oye que se desprenden algunas mucosidades. Poco á poco se disipan los síntomas de ansiedad y los signos de asfixia, y no queda de un estado tan alarmante mas que un cansancio proporcionado á la violencia del acceso.

No he hablado aun del *movimienlo febril*, porque me ha parecido que merecia se tratase de él particularmente. Los autores estan acordes en decir que en la afeccion que nos ocupa hay poca ó ninguna fiebre. Es cierto que en los casos evidentes de esta enfermedad, cuya historia he recorrido, la calentura era poco considerable; sin embargo, cuando el mal tiene alguna intensidad, el movimiento febril es bastante notable, como se puede ver en la observacion referida por Bretonneau, una de las mejores que tenemos. Pero este movimiento febril, cuando se verifica, no se hace bien perceptible hasta que la enfermedad ha durado cierto tiempo, y á lo menos despues del primer acceso; de suerte que no es la falta de calentura la que debe llamar la atencion, sino su poca relacion con los síntomas alarmantes de este primer acceso. La aceleracion del pulso y el aumento del calor nunca llegan á un grado estremado.

Solo hemos hablado de ligeros movimientos convulsivos en lo mas fuerte del acceso, y en el momento en que la sufocacion es mas alarmante. Sin embargo, muchos médicos ingleses, entre los cuales citaré á Henry Rees (2), J. Cheyne (3) y Clar-

(1) *Observ. on the diseases prevalent among the natives of Hindostan.*

(2) *On the species of convulsions in infants*, etc. (*The Lancet*, vol I, p. 679 1831).

(3) *The cyclop. of pract. med.* art. *croup.*

Digitized by Google

ke (1) han descrito estensamente las convulsiones que en semejantes casos se presentan en algunos niños, y han insistido mucho sobre su importancia. Leyendo sus observaciones y sus descripciones generales me he convencido de que han mirado como propias de la laringitis estrídula verdaderas convulsiones de eclampsia, ya porque una laringitis complicase esta última enfermedad, ó ya porque el espasmo de la glotis no fuese en estos casos mas que un simple síntoma. Mas esta es una cuestion sobre la cual volveré á hablar en el artículo *Diagnóstico.*

Nada decimos de la irritacion intestinal que Clarke *(lug. cit.)* ha encontrado en la mayor parte de los casos, porque no era debida á la laringitis estrídula, sino mas bien á la dificultad de la denticion, que existia casi siempre, y que daba lugar no á una inflamacion sufocante de la laringe, sino á uno ó muchos ataques de eclampsia con sufocacion.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

La laringitis estrídula es una enfermedad cuyo *curso* es agudo, pues en pocas horas aparece el primer acceso y la enfermedad llega á su mas alto grado de intensidad. La forma del acceso es esencialmente propia de esta enfermedad y le da un aspecto particular. Sin embargo, se advierte en las observaciones que he recogido con el mayor cuidado, que subsisten algunos síntomas entre los accesos. Estos síntomas son con bastante frecuencia muy ligeros; asi es que no se observa mas que un poco de ronquera, cierto estorbo en la laringe, accidentes que cualquiera se veria inclinado á mirar como una consecuencia de grandes esfuerzos de tos y de inspiraciones, pero que anuncian una pequeña inflamacion de la mucosa laríngea, puesto que son los mismos que existian antes del acceso. Siendo estos síntomas los de la laringitis simple ligera descrita mas arriba, á que se debe mirar mas bien como una simple indisposicion que como una enfer-

(1) *A peculiar species of convulsions in infant children.*

Digitized by Google

medad real, no es sorprendente que se hayan visto algunos niños que se han entregado á sus juegos casi inmediatamente despues del acceso, y estos casos han podido hacer creer que habia una intermitencia completa.

Puede suceder que la enfermedad, ya se la combata con los remedios oportunos ó que se la abandone á sí misma, no presente mas que un solo acceso, de lo cual hay un ejemplo en una observacion publicada por el doctor Jonatham Couch (1); pero las mas veces se presentan nuevos accesos con intervalos que varían, una ó muchas veces en veinticuatro horas. Wichmann y Guersant han observado que la repeticion de los accesos se verificaba por la noche. Este último autor ha notado igualmente que la violencia de los accesos iba siempre aumentando desde el primero: la observacion de Bretonneau nos ofrece un ejemplo en apoyo de esta asercion.

Aqui se presenta naturalmente una cuestion interesante. *¿Cuál es la causa de esta intermitencia, de estos accesos separados por intervalos de calma tan notables, en una afeccion en que admitimos una inflamacion que persiste durante todo el curso de la enfermedad?* Muchos médicos tienen dudas acerca de la naturaleza inflamatoria de la laringitis estrídula, á causa de esta forma intermitente, siéndoles preciso para esplicar los accesos un espasmo ó una convulsion de la glotis, síntomas puramente nerviosos. Sin embargo, los hechos no nos permiten adoptar esta opinion. Los primeros síntomas descritos anteriormente son los de una laringitis leve; pero en la misma laringitis simple hay exacerbaciones que sin ser tan notables como en el crup falso, no por eso dejan de dar á la enfermedad un carácter marcado de intermitencia, ó si se quiere de remitencia; y lo que con verdad se puede decir de la inflamacion de la laringe se puede asegurar respecto de todas las demas afecciones de este órgano que determinan la sufocacion. Sin duda alguna esta forma de la enfermedad llama mas la atencion en la laringitis estrídula; ¿pero no depende esto de la estrechez de la glotis, y de la mucha facilida con que se hinchan sus tejidos en los niños pequeños, que son los que casi esclusivamente son acometidos por esta enfermedad?

(1) *Observations on croup* (*Annals of med. and surg.*, t. I, p. 274, 1817).

Digitized by Google

Por lo demás, hé aquí como Bretonneau, que se ha ocupado con tan buen resultado de las enfermedades que tienen alguna relacion con el crup, esplica estos violentos accesos, que considera como producidos por una *especie de romadizo de la glotis*. «Ninguna constriccion, dice, puede estrechar ni disminuir el calibre de las ventanas de la nariz, y sin embargo el romadizo cesa y se aumenta muchas veces en la misma hora, bastando un cambio ligero de temperatura para producir estas vicisitudes.... Se ve pues que el aire, sin que el espasmo tenga parte en ello, puede entrar alternativamente con mas ó menos facilidad en los conductos aeríferos.» Quizás todos los antores hubieran adoptado este modo de ver de Bretonneau y de Guersant, si hubiesen sido mas exactos en sus observaciones y no hubieran dado el nombre de *laringitis estrídula* á afecciones estrañas, y muy especialmente á los casos de eclampsia parciales designados con el nombre de *espasmo de la glotis*. En los artículos *Asma tímico* y *Eclampsia* ya se verá lo que yo pienso acerca de este *espasmo de la glotis*, é igualmente diré algo de él mas adelante, en el párrafo dedicado al diagnóstico de la laringitis estrídula.

Segun Guersant, la enfermedad dura de tres á quince dias; sin embargo he hallado algunos casos en que ha durado un mes. Guersant piensa que cuando sucede asi, «las mas veces la calentura y la duracion de la enfermedad son el resultado de todas las medicaciones mas ó menos activas, que nunca dejan de ponerse en práctica para combatirla, porque se la confunde generalmente con el crup (*lug. cit.* pág. 357);» siendo de sentir que por una analisis exacta no se haya puesto este punto fuera de duda. Se han citado casos de espasmo de la glotis que duraron muchos meses y aun mas de un año; pero en estos casos, ó bien ha habido varios ataques de laringitis estrídula á grande distancia unos de otros, ó bien el espasmo de la glotis no era mas que un síntoma de una afeccion convulsiva general.

Cuando se trata de indagar cuál es la *terminacion* de esta enfermedad se ofrecen nuevas dificultades. Los dos observadores mas exactos, Bretonneau y Guersant, nunca han visto que la laringitis estrídula cause la muerte; pero por el contrario, en las observaciones recogidas por los médicos ingleses, se ven cierto número de ejemplos de terminacion fatal. ¿En qué consiste esta diferencia? Siempre tiene la misma causa. Muchos de estos auto-

Digitized by Google

res no han sido bastante severos en el diagnóstico, y siempre que han visto sobrevenir rápidamente, habiendo una buena salud aparente, un acceso de sufocacion, han creido que existia la enfermedad de que tratamos; y el confundir muchas afecciones de diferente gravedad es lo que ha introducido el error en los resultados que han obtenido (1). Con todo, no se debe deducir de un modo absoluto de las observaciones de Bretonneau y Guersant que la enfermedad jamás es mortal, puesto que en los escritos de Home, de Millar, de Wichmann, de Vieusseux y Lobstein se encuentran casos mortales que no se pueden referir sino á la laringitis estrídula, y que Guersant mismo considera como incluidos en el número de esta afeccion. ¿Qué influencia ha podido tener el tratamiento en esta terminacion fatal? Mas adelante lo examinaremos, pero entre tanto, séame lícito decir con certeza, que el crup falso puede, aunque muy rara vez, terminar por la muerte.

En *resumen*, desde que se ha cesado de confundir la laringitis estrídula con el crup, y se la combate por medio de un tratamiento sencillo, la laringitis estrídula es una inflamacion poco profunda de la laringe, que da lugar á accesos violentos, que por lo general no dura mas que una laringitis simple ligera, y que apenas se la ha visto terminar por la muerte.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

«Como nunca he visto, dice Guersant, á un solo enfermo que haya sucumbido de resultas de esta afeccion, á no ser que fuese complicada, no puedo presentar los caracteres anatómicos del crup falso, porque me son desconocidos.» Bretonneau (*lug. cit.* pág. 264) se espresa casi de la misma manera, y añade: «Sin duda las lesiones de la glotis ó de la laringe, que producen la tos y modifican el metal de la voz son bien ligeras, puesto que los síntomas generales que las acompañan son tan poco graves y tan

(1) El doctor Kellie, citado por J. Cheyne, pretende que entre el crup verdadero y el crup espasmódico ó laringitis estrídula, no hay mas diferencia que el grado de violencia y la intermitencia y la continuidad de los síntomas. Esta es una manera de ver enteramente contraria á los hechos.

Digitized by Google

fugaces.» Las noticias que acerca de este punto nos suministran las observaciones son mas vagas; pues de ellas resulta que, como lo habia previsto Bretonneau, las lesiones encontradas despues de la muerte son muy ligeras. En algunos casos se ha notado un poco de moco, una ligera rubicundez, pero las mas veces los autores se contentan con decir que la laringe no presentaba alteraciones.

No hablamos aquí de las lesiones que algunos autores ingleses han encontrado en las membranas del cerebro, porque entonces la enfermedad principal era una aracnitis, y la sufocacion no mas que un síntoma. El doctor Clarke atribuye la enfermedad á una irritacion cerebral; pero tambien le ha inducido á caer en error una enfermedad estraña cual es la eclampsia.

Hugh Ley (1) ha creido hallar la causa de esta enfermedad en la tumefaccion de las glándulas bronquiales que comprimiendo el nervio vago, producen un espasmo mortal de la glotis. Esta opinion singular ha sido refutada por Robertson (2), quien en casos semejantes á aquellos que Ley ha referido, no ha encontrado la lesion de que se trata.

He creido oportuno presentar estas consideraciones, porque no es indiferente para el tratamiento del crup falso saber si la enfermedad que se presenta es un catarro de la laringe, ó si existe una lesion mas profunda y aun mas dificil de hacer desaparecer.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Entre las enfermedades que algunas veces se han confundido con la laringitis estrídula, hay algunas que tienen su asiento en la laringe, y otras que ocupan partes mas ó menos distantes. Empecemos pues por las que residen en la laringe.

La *laringitis simple aguda* cuando es *leve*, presenta los primeros síntomas de la laringitis estrídula; pero como no sobrevienen los accesos en la primera de estas dos afecciones, no es

(1) *Observ. on the crowing inspir. of children*, etc. (London med. Gaz. feb., 1834, p. 702.)

(2) *London med. Gaz.*, 29 Marzo, 1834, p. 968.

Digitized by Google

menester establecer el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones.

Lo mismo sucede con la *laringitis simple aguda intensa.* En la descripcion de esta enfermedad se ha visto que habia momentos de exacerbacion en que la dificultad de respirar podia llegar al mas alto grado. Pero estas exacerbaciones no estan en contraposicion con la poca gravedad de los síntomas antecedentes, hasta el punto de parecer accesos repentinos, mientras que por otro lado el dolor, el estorbo en la laringe, la tos, la alteracion de la voz, son mucho mas notables, y el movimiento febril sobre todo mucho mas considerable. En una palabra, por una parte hay accesos violentos y fuera de los accesos síntomas poco notables; por otra parte simples exacerbaciones y entre ellas síntomas siempre bastante graves, lo cual hace que estas dos afecciones sean muy diferentes una de otra.

Pero la enfermedad de que importa principalmente distinguir la que nos ocupa es del *crup (laringitis seudomembranosa).* En efecto, en la una el pronóstico es muy grave y el tratamiento debe ser muy enérgico, al paso que en la otra, á pesar de la violencia de los síntomas, se debe esperar un éxito felìz, bastando para lograrle medios muy sencillos. El crup se distingue de la laringitis estrídula: 1.° en que los síntomas de la invasion son mucho mas graves en esta última enfermedad; la dificultad de respirar, el dolor de la laringe, son mucho mas intensos, y los síntomas generales mas alarmantes. Los accesos de sufocacion son por el contrario, y sobre todo el primero, menos violentos ó sobresalen menos, si es permitido esplicarse asi, de los síntomas contínuos. 2.° Los síntomas de la laringitis seudomembranosa continúan siendo mas ó menos alarmantes en los intervalos de los accesos. 3.° En la laringitis estrídula la voz está simplemente enronquecida, y en el crup muy alterada al principio y despues estinguida. 4.° Los niños atacados de crup presentan muchas veces un infarto de los gánglios linfáticos del cuello, que no existe en el crup falso. 5.° En la laringitis seudomembranosa es muy frecuente arrojar por la espuicion uno ó muchos pedazos de falsas membranas crupales, siendo asi que nada de esto se advierte en la laringitis estrídula. 6.° Finalmente, examinando la faringe, cosa que nunca se deberá olvidar, se halla frecuentemente en el crup sobre las amígdalas la falsa membra-

Digitized by Google

na difterítica que jamás existe en el crup falso. Tales son las bases sobre las cuales el práctico deberá fundar este diagnóstico tan importante (1).

Se ha creido que en ciertos casos se podian confundir el *edema* de la glotis y la *coqueluche*, con el crup falso. Cuando haga la historia de estas afecciones hablaré de este punto de diagnóstico que realmente no ofrece dificultades graves.

Ya he dicho que los médicos ingleses han citado como crup falsos cierto número de casos de sufocacion con *convulsiones generales*. Estos autores consideran á la sufocacion como la enfermedad principal, sin duda porque sus síntomas son los mas alarmantes, y porque puede sobrevenir la muerte en su acceso, y no han suscitado la menor duda sobre la naturaleza de la en-

(1) Se puede reunir á este diagnóstico el que Rilliet y Barthez han tomado de Wichmann, lo que prueba que este autor habia observado atentamente los hechos. Héle aquí:

DIAGNOSTICO DE WICHMANN.

ASMA ESPASMODICO.	ANGINA SEUDOMEMBRANOSA.
1.º Aparece repentinamente, y el primer ataque se manifiesta comunmente por la noche.	1.º Aparece y se desarrolla lentamente. El primer acceso se presenta comunmente de dia.
2.º Es siempre esporádica.	2.º Por lo general reina epidémicamente.
3.º La tos, cuando existe, es seca, sin ninguna espectoracion.	3.º Se espelen por la tos y el vómito capas de materias puriformes y concreciones cilíndricas.
4.º Falta el dolor, ó se halla reemplazado por una constriccion en todo el pecho.	4.º Hay dolor en el conducto aéreo, y se percibe por el tacto una ligera tumefaccion al nivel del sitio dolorido. Esta tumefaccion no es sensible á la vista.
5.º La tos es ronca y hueca.	5.º La voz tiene un timbre sibilante muy especial.
6.º No existe calentura.	6.º Hay calentura.
7.º Los accidentes alternan con intermitencias, durante las cuales los niños gozan de buena salud.	7.º Los accidentes continúan sin interrupcion; no hay intermitencias manifiestas.
8.º La enfermedad es de naturaleza convulsiva, y reclama un tratamiento antiespasmódico.	8.º La enfermedad es de naturaleza inflamatoria, y reclama un tratamiento antiflogístico.

Digitized by Google

fermedad. Sin embargo, no pensamos que deba admitirse su opinion, y para que se pueda juzgar acertadamente, vamos á esponer en pocas palabras los síntomas que han atribuido á la enfermedad, tomando la descripcion de William Kerr, como la mas clara y mas completa. «Es posible, dice este autor (1), que el médico sea llamado apresuradamente porque hayan sobrevenido convulsiones, accidente que acompaña al *laryngismus stridulus... Con el tiempo,* la enfermedad llama la atencion, porque durante su curso se agregan síntomas nuevos á los muy sencillos de la afeccion de la glotis. Los pulgares estan doblados hácia la palma de las manos, estas se hallan cerradas, y cuando se han abierto á la tuerza, se cierran inmediatamente; los pies estan inclinados hácia abajo y adentro, y el dorso de los pies y de las manos aparece hinchado. Despues del acceso, los pulgares estan á veces tan rígidos, que el niño no puede coger los objetos, y hay una *parálisis temporal de las manos*... En una época mas avanzada apenas se puede tener en pie, y los que tienen poca edad esperimentan mayor dificultad de hablar.» En cuanto al número de ataques y á la duracion de la enfermedad, Kerr dice, que «unas veces hay de veinte á treinta accesos en algunos dias, y otras no se cuenta mas de uno solo en el espacio de *muchas semanas*.»

Creo que esto parece suficiente para manifestar la inmensa diferencia que hay entre esta afeccion y la que he descrito en este artículo. Por una parte vemos una enfermedad aguda, de corta duracion, que no ofrece, por decirlo asi, sino síntomas locales, y que apenas presenta algunos movimientos convulsivos en lo mas violento de los accesos; por otra, una enfermedad crónica, que dura muchos meses, notable por los síntomas nerviosos y convulsiones, como las que solo se observan en las verdaderas neuroses. Se ve pues, que no pueden reunirse bajo el mismo nombre dos afecciones tan desemejantes. Añadiré tambien que en tales casos es cuando las mas veces ha sobrevenido la muerte, y cuando se han encontrado las lesiones de las membranas cerebrales indicadas mas arriba. Me parece que la mayor parte de los hechos citados por los autores ingleses

(1) *On laryngismus stridulus or spasm of the gloti.* (*Edimb. med. and surg. Journ.*, vol. XLIX, p. 344, 1838.)

Digitized by Google

pertenecen á la *eclampsia* (1); ¿y no habrá algunos que se deberán referir á una inflamacion crónica de las meninges? La descripcion de las lesiones no es bastante exacta para que se pueda responder á esta pregunta.

Por una analogía mas que forzada, se ha querido referir la sufocacion observada en el *histérico* (2) á una angina convulsiva ó laringitis estrídula; pero creo inútil establecer un diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones.

El *asma tímico* de la que se han citado numerosos ejemplos y han descrito los médicos alemanes, presenta gran semejanza en algunos puntos con la laringitis estrídula; pero como se conoce imperfectamente en Francia esta enfermedad, me parece que antes de presentar el diagnóstico diferencial conviene que se haya hecho su historia. Por lo tanto, remito al lector el artículo á donde se trata de ella.

El *asma agudo de Millar* ha dado mucho en que entender á los autores, quienes han tratado de distinguir esta pretendida afeccion del crup falso, como de todas las que tienen su asiento en la laringe. Pero basta recorrer con atencion la Memoria de Millar (3) para ver que este autor ha dado el nombre de *asma agudo* á toda afeccion aguda de las vias respiratorias que produce accesos de sufocacion mas ó menos marcados. Asi pues, confundia bajo el mismo nombre la laringitis simple aguda, la laringitis estrídula, el crup y la bronquitis capilar purulenta ó seudomembranosa. Prueban esto los detalles anatómicos en que entra el autor acerca de una sustancia dura, gelatinosa que obstruia los bronquios (p. 38), y la descripcion de los síntomas del segundo grado del asma agudo (4). Por consiguiente, tampoco se puede establecer un diagnóstico diferencial.

(1) Esta manera de ver, deducida del estudio de las observaciones, ha sido adoptada despues por Trousseau y Herard (*Du Spasme de la glotte*, tesis, Paris); y parece que lo es tambien en la actualidad por la mayor parte de los médicos franceses.

(2) BOERHAAVE. *Angina convulsiva*. THOMAS LAYCOCK, *Spasme de la glotte*. (*Lond. med. Gaz.*, vol. XXII, p. 205; 1837-1838.)

(3) *Obs. sur l' asthme et le croup*. Traduccion de L. Sentex; París, 1808.

(4) En la actualidad, que las investigaciones mas exactas que se han hecho han ilustrado estas diversas enfermedades, es evidente que esta denominacion de asma agudo de Millar debe desaparecer del vocabulario médico, asi como la enfermedad complexa á que se refiere debe suprimirse en

Digitized by Google

¿Se podrá confundir con el falso crup, la *bronquitis capilar sufocante*, sobre la cual ha publicado un escrito muy importante el doctor Fauvel? Si se considera que la disnea es esencialmente intermitente en aquel, y continua en esta última enfermedad; que la calentura que apenas se percibe en la laringitis estrídula, es notable en la bronquitis capilar purulenta ó seudomembranosa, y finalmente, que hay en esta afeccion un grande estertor subcrepitante ó sonoro que no existe en la primera, se conocerá que es muy fácil evitar el error.

Los síntomas de la laringitis estrídula pudieran confundirse mas bien que los de la laringitis simple, con los que resultan de la introduccion de *un cuerpo estraño en la laringe;* pero en este diagnóstico adquiere grande importancia la ligera ronquera de la invasion, porque con los signos commemorativos constituye casi la única diferencia que existe entre las dos afecciones. Quizás en semejante caso seria útil la auscultacion de la laringe; pero los esperimentos no son aun bastante numerosos para decidirlo.

Resumamos ahora en un cuadro este diagnóstico importante y á veces dificil, sin el cual la terapéutica del crup verdadero y falso no pueden tener precision.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la laringitis simple aguda intensa y del crup falso.*

CRUP FALSO (LARINGITIS ESTRÍDULA).	LARINGITIS SIMPLE AGUDA INTENSA.
Antes del primer acceso de sufocacion, síntomas poco graves, una simple ronquera y poca ó ninguna fiebre.	*Antes del primer acceso de sufocacion*, síntomas bastante graves, dificultad de respirar, dolor, tos y calentura.

el cuadro nosológico. Este es el único medio de que cese la confusion que esta pretendida afeccion ha introducido hasta el presente en la historia de las enfermedades de la laringe.

Digitized by Google

Primer acceso, muy violento y sin proporcion con los síntomas que le han precedido, y generalmente mas fuerte que los accesos siguientes.	*Primer acceso*, generalmente menos fuerte que los siguientes, que con frecuencia son poco intensos y difíciles de conocer.
Entre los accesos, calma perfecta, y muchas veces desaparicion casi completa de todos los síntomas.	*Entre los accesos*, continúan los síntomas locales, aunque en menor grado, y persiste la calentura.
Alteracion ligera de la voz.	*Alteracion de la voz* siempre muy notable, y algunas veces *afonía*.

Los signos diagnósticos que preceden no consisten, como se puede ver, sino en simples gradaciones; porque en efecto ambas enfermedades solo se diferencian en la forma.

2.° *Signos distintivos de la laringitis seudomembranosa* (crup), *y de la laringitis estrídula* (crup falso).

CRUP FALSO.	CRUP.
Los *síntomas de la invasion* son muy ligeros.	Los *síntomas de la invasion* son mas ó menos graves.
En los intervalos de los accesos, faltan completamente los síntomas.	*En los intervalos de los accesos*, los síntomas son siempre alarmantes.
Voz poco alterada.	*Voz* muy alterada y estinguida.
No hay infarto de los ganglios linfáticos del cuello.	*Infarto frecuente* de los ganglios linfáticos del cuello.
No hay espectoracion de *falsas membranas.*	En gran numero de casos hay espectoracion de *falsas membranas laringeas* (signo patognomónico).
No hay falsa membrana sobre las amigdalas.	*Falsa membrana* sobre las amigdalas.

3.° *Signos distintivos de la sufocacion que sobreviene en la eclampsia y el crup falso.*

CRUP FALSO.	ACCESOS DE SUFOCACION DE LA ECLAMPSIA.
El *acceso* sobreviene en el curso de una afeccion aguda.	El *acceso* sobreviene en el curso de una afeccion convulsiva crónica.

Digitized by Google

Convulsiones ligeras, solamente en los accesos de sufocacion.	*Convulsiones violentas*, de las cuales la sufocacion es una consecuencia.
Despues de los accesos no hay alteracion de los movimientos.	*Despues de los accesos* hay parálisis incompleta de los miembros (Kerr).

4.° *Signos distintivos del crup falso y de la bronquitis capilar sufocativa.*

CRUP FALSO.	BRONQUITIS CAPILAR SUFOCATIVA.
Disnea intermitente.	*Disnea* continua.
Poco ó ningun *movimiento febril.*	*Movimiento febril* notable.
Pocos ó ningunos *estertores.*	Muchos *estertores* subcrepitantes y sonoros.

5.° *Signos distintivos del crup falso y de la introduccion de un cuerpo estraño en la laringe.*

CRUP FALSO.	CUERPOS ESTRAÑOS DE LA LARINGE.
Tos ligera, ronquera antes del primer acceso.	Ni *tos*, ni *ronquera* antes del acceso.
Conmemorativos: ningunos.	*Conmemorativos:* puede saberse que el niño ha jugado con un cuerpo estraño que ha introducido en su boca.

Pronóstico. En vista de lo que hemos espuesto anteriormente, y si se tiene en consideracion los hechos en que ha sido mas fundado el diagnóstico y el tratamiento mejor dirigido, se debe mirar al crup falso como una afeccion mas alarmante que grave. Sin embargo, como se ha dicho ya, hay algunos casos auténticos de terminacion funesta. ¿Se deberá, como lo hace Guersant, atribuir formalmente esta terminacion fatal de una enfermedad inocente, á la violencia de un tratamiento activo dirigido contra el crup? Si se considera que en manos de este práctico los medios mas sencillos han logrado el mas feliz resultado, nos vemos inclinados á adoptar esta opinion. Por desgracia los hechos son insuficientes para resolver completamente esta cuestion; pero con todo, es cierto que con los conocimientos que tenemos

Digitized by Google

en la actualidad, y suponiendo que el tratamiento sea convenientemente dirigido, se puede predecir una feliz terminacion de la laringitis estrídula, si no es complicada.

Ya se ha visto que el primer acceso de sufocacion era muy violento, y que los demás perdian en seguida gradualmente su intensidad; mas como sucede lo contrario con la laringitis aguda intensa y en la laringitis seudomembranosa, se deduce que si á un acceso muy imprevisto se sigue una calma profunda, un estado de salud casi perfecto, y despues un segundo acceso menos violento, se debe creer que se trata de un crup falso, y esperar una terminacion favorable.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Es muy dificil apreciar rigurosamente el valor de las diversas medicaciones propuestas contra la laringitis estrídula; ¿mas tendré precision de indicar las causas de esta dificultad? Habiéndose confundido esta enfermedad, primero con el crup y despues con afecciones nerviosas primitivamente estrañas á la laringe, se ha aplicado las mas veces el mismo tratamiento á casos heterogéneos, lo que ha hecho imposible todo resultado positivo.

No obstante, examinando los hechos particulares, y aplicándoles los principios del diagnóstico indicados anteriormente, he llegado á descubrir cierto número de casos de laringitis estrídula en los cuales se habian usado diversas medicaciones, y que me servirán para estudiar el tratamiento. Empecemos pues, por el tratamiento simple propuesto por Bretonneau y Guersant.

1.° *Demulcentes*, *emolientes*. Es muy notable que Guersant sea casi el único que haya insistido en el uso de estos medios poco violentos. Formándose la mayor parte de los autores una idea falsa del estado nervioso en que se hallaban los sugetos, ha dirigido contra él remedios mas ó menos activos. Guersant opina por el contrario, que las *tisanas* y las *pociones demulcentes* son una parte muy importante del tratamiento, y

Digitized by Google

los resultados de la práctica vienen en apoyo de esta proposicion.

2.° *Laxantes, purgantes.* Este es tambien un medio que han puesto en uso Bretonneau, Marsh (1) y Kerr (2). Bretonneau usa con preferencia la *jalapa unida á los calomelanos* y la *emulsion de aceite de ricino*, cuyas fórmulas espondré en las *prescripciones*. Kerr ha administrado el *aceite de croton tiglio*, el *ruibarbo*, la *magnesia*, etc., y dice que sabe del doctor Hill, de Greenock, que una *mistura de aceite de trementina* y *de aceite de ricino* es casi un específico contra esta enfermedad. Pero debemos recordar que el doctor W. Kerr es uno de los autores ingleses que han dado mas estension al *laryngismus stridulus*, y que por consiguiente se debe admitir sus aserciones con la mayor reserva.

3.° *Vomitivos.* Guersant no los aconseja sino en los casos en que la enfermedad tiene cierta intensidad, cuando hay calentura y grande agitacion. Pero otros muchos médicos, entre los cuales se puede citar á Lobstein (3), Vieusseux (4) y especialmente á Couch (5), consideran á los vomitivos como muy eficaces y casi como específicos. Es cierto que siempre tenemos que hacer la misma objecion á estos autores, á saber: que han confundido el crup, el crup falso y la eclampsia con respiracion estrídula, y que siendo el diagnóstico incierto, los resultados sacados de sus observaciones no pueden ser rigurosos. Los vomitivos mas generalmente usados son el *tártaro emético* y la *ipecacuana*, y particularmente el primero. Ley *(lug. cit.)* ha propuesto el *sulfato de zinc*, pero ha tenido muy poco uso. No hablaremos aqui del *sulfato de cobre*, porque este medicamento preconizado como un remedio poderoso que por sí solo puede destruir rápidamente la enfermedad, merece estudiarse aparte. Se ha dado el tártaro estibiado á dosis bastante alta. Hé aqui la fórmula indicada por Lejeune (6) en un caso de laringitis estrídula en *un niño de diez meses*:

(1) *The Dublin hospital reports*, vol V. p. 600; 1830.
(2) *The Edimburg med. and surgic, Journal*, vol. XLIX, p. 343; 1838.
(3) *Mem. de la Soc. méd d'emul.*, 8.° an. II parte, p. 500, 1817.
(4) *Observ. sur le croup.* (*Journal de Méd.* de Corvisart, t. XII p. 422; dec. 1806.)
(5) *Observ. on croup.* (*Annl. of med. and surg.* vol. I, p. 271, 1817.)
(6) *Journ. de méd.*, t. XXV p. 131, octubre 1812. *Observ. sur le croup*, etc.

Digitized by Google

℞ Tartrato antimoniado de potasa....................	5 centigram.	(1 g̃)
Agua.....................	30 gram.	(℥j)
Jarabe de malvabisco.....	15 gram.	(℥ß)

Mézclese. Se toma en dos veces con diez minutos de intervalo.

Esta dosis no produjo ningun accidente á pesar de la poca edad del enfermo; antes por el contrario, al dia siguiente tenia una mejoría notable. En un niño de mas edad se puede aumentar la dosis hasta 1 decígramo (2 granos), pero será inútil pasar de esta cantidad, pues se obtiene el efecto emético que se quiere producir. El doctor Couch ha repetido el vomitivo tres ó cuatro veces en una noche, cuando los accidentes persistian, y dice que siempre ha tenido motivos para felicitarse por haber obrado asi. Es escusado decir que esta asercion que puede ser muy exacta, no se funda en una análisis rigurosa de los hechos.

4.° *Sanguijuelas*, *sangrías*. Guersant no recomienda las evacuaciones sanguíneas sino en los casos muy graves; pero otros autores las prescriben en casi todos los casos. En cuanto á Bretonneau, tambien ha recurrido á ellas en los casos graves, pero con mayor frecuencia que Guersant. Si recordamos que estos dos autores no han perdido ni uno solo de sus enfermos, admitiremos necesariamente que se puede omitir sin temor las evacuaciones sanguíneas, á no ser que la disnea sea muy grande, la calentura muy fuerte y el acceso muy largo y muy violento. El *número de sanguijuelas* varía de dos á diez, segun la edad de los niños. En cuanto á la sangría no debe hacerse sino en los niños de ocho años á lo menos (1). Generalmente se practica la *sangría del brazo*, no obstante algunos autores recomiendan mucho la sangría de la yugular, y entre otros citaremos á P. Frank (2) y al doctor Kerr *(lug. cit.)*, pero aun está por demostrar la superioridad de esta última.

5.° *Tópicos irritantes, vejigatorio.* Para completar el tratamiento adoptado por los médicos que se han ocupado mas de esta

(1) *Es demasiado absoluta esta proposicion, por lo que no se la puede admitir sin restricciones. Nuestra práctica nos ha enseñado que se puede sangrar en casos necesarios á los niños de menos edad que los ocho años, cuando hay verdadera induccion.* (N. de los Tr.)

(2) *Tratado de médecine pratique;* Paris 1842, t. II, p. 150.

Digitized by Google

enfermedad, diré algunas palabras acerca de los *revulsivos*. Estos medios no forman parte del tratamiento de Guersant; pero Bretonneau usa con frecuencia los *vejigatorios*, que han sido preconizados por Rosen de Rosenstein (1), Vieusseux, Couch, etc. El doctor Rees (2) es el único que indica que este medicamento es un medio funesto; pero está muy distante de apoyar esta asercion en pruebas suficientes, y por otra parte es de aquellos autores cuyo diagnóstico es muy incierto.

Una vez admitida la utilidad del vejigatorio, se ha preguntado en qué sitio se le debia aplicar. Unos como Chambon (3), Vieusseux, etc., quieren que se aplique entre las escápulas; pero el mayor número aconseja que se le ponga sobre la misma region afectada, es decir, á la parte anterior del cuello. Si se hubiesen ya aplicado sanguijuelas en este punto, seria preciso, segun el precepto de Rosen, aplicar dos vejigatorios á las partes laterales del cuello, lo mas cerca posible de la laringe.

El mismo Rosen aconseja frecuentemente una cataplasma de cenave, que no es otra cosa que un sinapismo hecho con la mostaza silvestre ó mostaza de los campos. Hé aquí como la prescribia:

Cataplasma rubefaciente de Rosen.

1.° Se coloca al rededor del cuello una cataplasma emoliente que contenga un poco de mostaza silvestre *(sinapis arvensis)*, y se la deja aplicada hasta que la piel se ponga rubicunda y parezca que se van á levantar ampollas en diferentes puntos.

℞ Hojas de malva.................. 45 gram. (℥j ß)

Se cuece en agua comun hasta que se reduzca á pulpa, y se añade hácia el fin de la ebullicion:

Mostaza silvestre quebrantada.. 8 gram. (ʒij)

Se aplica esta cataplasma al cuello del niño y se renueva cuando se enfria.

Se ha dicho si estas aplicaciones calientes repetidas no podian producir un efecto contrario á aquel que los médicos se proponen con ellas, produciendo una congestion peligrosa hácia

(1) *Traité des malad. des enfants*, trad. de le Febvre de Villebrune, p. 498.
(2) *On the species of convulsions*, etc. (*The lancet*, vol. I, p. 679; 1830-31.)
(3) *Des malad. des enf.*, t. I, Paris, año VII. *Du croup.*

Digitized by Google

los órganos ya irritados; pero Rosen no ha tratado de resolver esta cuestion.

6.° *Resumen, prescripciones.* Tal es el tratamiento que tiene en favor suyo la esperiencia mas positiva; mas como los medios que le componen no son aplicables á todos los casos indiferentemente, voy á especificar estos casos en las prescripciones siguientes.

PRESCRIPCION I.

En un caso de una intensidad regular (poca fiebre con tranquilidad en el intervalo de los accesos).

1.° Para bebida: solucion de jarabe de goma ó bien infusion de flores de malvabisco endulzada con jarabe de culantrillo.

2.° ℞	Infusion de flores de violetas...	125 gram.	(℥jv)
	Goma arábiga................	4 gram.	(ʒj)
	Jarabe de manzanas..........	30 gram.	(℥j)

Mézclese. Se toma en cinco ó seis veces en las veinticuatro horas.

3.° Si el niño tiene bastante edad (seis años ó mas), recibirá una fumigacion en la garganta con un fuerte cocimiento de malvabisco.

4.° Se mantendrá el vientre libre por medio de una lavativa emoliente, administrada todos los dias.

5.° Dieta.

PRESCRIPCION II.

En un caso en el que los síntomas sean muy intensos:

1.° Tisana: solucion de goma arábiga ó bien una infusion de flores de malvabisco, endulzada con el jarabe de culantrillo.

2.° *En los niños de uno á tres años* (1) se aplicarán dos sanguijuelas á la region laríngea, conteniendo la sangre despues de que se desprendan. En los niños *de mas edad* se aumentará el número de sanguijuelas segun la edad y la robustez.

(1) Algunos autores hacen mencion de casos de crup falso que se han presentado pocos dias despues del nacimiento; en estas circunstancias no se deberian prescribir sanguijuelas ó no poner sino una sola.

Digitized by Google

3.° *En los niños muy pequeños* se administra el jarabe de ipecacuana á cucharaditas hasta que produzca vómitos.

Despues de los dos años.

℞ Tártaro estibiado. 2 á 3 centígram. (1/5 á 1/3 de grano).
Agua............ medio vaso.

Se toma en una ó dos veces, favoreciendo el vómito haciendo tragar, si es posible, agua tibia.

En una edad mas adelantada se puede elevar la dosis del tártaro estibiado hasta 5 á 10 centígramos (1 ó 2 granos) en muchas veces; pero es inútil prescribirle en mayor cantidad.

4.° Un vejigatorio volante en la region de la laringe.

5.° Una lavativa de agua de malvabisco con tres ó cuatro cucharadas de aceite de olivas.

6.° La fumigacion como la de la prescripcion anterior.

7.° Dieta absoluta, y no se deberá permitir que el niño se levante de la cama, aunque la mejoría sea considerable

Estos medios bastan por lo comun; pero si los síntomas persistiesen, se recurrirá al siguiente tratamiento:

PRESCRIPCION III.

En un caso semejante al precedente, en un niño de mas de seis años:

1.° La misma tisana.

2.° El vejigatorio, la fumigacion y las sanguijuelas.

3.° Cataplasmas sinapizadas á las pantorrillas.

4.° ℞ Aceite de ricino............ } ãã 24 gram. (ʒvj)
Mucílago de goma tragacanto. }
Agua comun................. 180 gram. (℥vj)

Se pone el mucílago en un mortero de marmol, y se tritura sin cesar, añadiendo alternativamente el aceite y el agua en pequeñas cantidades; despues se vierte poco á poco el resto del agua sobre el mucílago emulsionado. Se toma en dos veces, ó mejor en una si es posible.

Tambien se puede prescribir las píldoras purgantes siguientes:

℞ Jalapa..................... 1 gramo. (20 g̃)
Calomelanos.............. 5 decígram. (10 g̃)
Jarabe simple............. C. S.

Digitized by Google

Mézclese y H. S. A. diez píldoras de las cuales se tomarán dos al dia.

5.° ℞ Agua de lechuga.............. 75 gram. (℥ijß)
Jarabe de adormideras blancas. 15 gram. (℥ß)
Jarabe simple................. 10 gram. (ʒijß)

Para tomar á cucharadas.

6.° Dieta absoluta y quietud en la cama.

Tales son los medios sencillos que en la actualidad se emplean mas generalmente contra una enfermedad mas alarmante que peligrosa. Veamos ahora los que algunos autores han preconizado con el mayor calor, fundándose en cierto número de hechos, empezando por lo que se ha dicho del *sulfato de cobre*, que se ha querido presentar casi como un específico.

7.° *Sulfato de cobre.* No cabe duda que el sulfato de cobre no ha sido preconizado por los autores espresamente contra la laringitis estrídula propiamente dicha, sino contra el crup. Pero cuando se leen sus observaciones se echa pronto de ver que la mayor parte de los casos en que se ha administrado este medicamento y ha tenido feliz resultado corresponden mas bien al crup falso. Si tomamos, por ejemplo, los hechos citados por el doctor Droste, médico distinguido de Osnabrück, vemos que este autor ha tenido fija su atencion en la presencia de la falsa membrana, que segun él, se desprende en masa en el primer vómito que sigue á la administracion del sulfato de cobre; y sin embargo, solo en una de sus observaciones se hace mencion de la espulsion de esta falsa membrana, pues en los demás no habia ni aun vestigios. Pero si se agrega esta circunstancia á la corta duracion de la enfermedad, á la poca gravedad de los síntomas fuera del acceso, y al éxito constantemente feliz, no se puede admitir que se tratase de casos de crup verdadero.

El sulfato de cobre es uno de los medicamentos que, segun Guersant, no sirve mas que para prolongar la enfermedad. Por mi parte confieso que no puedo adoptar esta opinion, porque los casos citados por Droste son, por el contrario, notables por la pronta desaparicion de los accidentes. A mi modo de ver la observacion aun no ha aclarado todo lo que hay acerca de la accion de esta sustancia, cuya accion específica ó gran eficacia me parece que se halla tan poco demostrada

Digitized by Google

como sus inconvenientes. Los doctores Ley y Serlo (1) hacen los mayores elogios del sulfato de cobre. Hé aquí el modo de dirigir el tratamiento:

PRESCRIPCION IV.

TRATAMIENTO POR EL SULFATO DE COBRE PROPUESTO POR DROSTE Y SERLO.

1.° Una aplicacion de sanguijuelas (*véase* la prescripcion precedente).

2.° Cataplasma emoliente sobre las mordeduras de las sanguijuelas (Droste).

3.° Primeramente como vomitivo:

℞ Sulfato de cobre.. 10 á 15 centígram. (2 á 3 ℥)
Azúcar de leche.. 30 centígram. (6 ℥)

Se toma de una vez.

Cuando el sulfato de cobre haya producido su efecto emético, se continúa su administracion pero á la dosis siguiente:

℞ Sulfato de cobre............ 20 centígram. (4 ℥)
Azúcar de leche.......... 2 gram. (3ß)

Se divide en diez papeles, que se toman uno cada dos horas.

El doctor Droste prescribe con este tratamiento un gran número de otros medicamentos que no hacen mas que complicarle, y que es inútil mencionar aquí.

Sulfuro de potasa. Tambien se ha empleado en el tratamiento del crup el activo medicamento de que hablamos. Pero eligiendo entre los casos citados los que son evidentemente laringitis estrídulas, se puede reconocer los buenos efectos de esta sustancia en el crup falso. Estos hechos de ninguna manera prueban la eficacia del sulfuro de potasio; pues en un caso referido por Lobstein y en otros muchos citados por Lejeune (2) la enfermedad ha sido de larga duracion, y frecuentemente los síntomas se han

(1) *Journ. de Hufeland*, enero de 1834.

(2) *Observ. sur le croup, tendant à prouver les avantages du sulfure de potasse.* (*Jour. de méd.*, t. XXV, p. 131, octubre 1812.)

Digitized by Google

agravado despues de la administracion del medicamento. Sin embargo, es preciso decir que no han sido muchos los esperimentos que se han hecho. La fórmula que usó Lejeune en un niño de diez y ocho meses fue la que sigue:

℞ Sulfuro de potasio...........	1 gram.	(18 g)
Jarabe de malvabisco........	90 gram.	(℥iij)

Mézclese. Se toma una cucharada cada media hora.

En los niños de mas edad se aumentaria la cantidad de este jarabe: á los *cinco años* se daria *cucharada y media*, con los mismos intervalos, y á los *diez años dos cucharadas*; pero es menester no olvidar que el hígado de azufre es una sustancia cuyos efectos se deben vigilar con mucho cuidado.

Antiespasmódicos. Habiéndose atribuido muchas veces los accesos de sufocacion á un espasmo de la glotis, se comprende sin dificultad que se habrán administrado los antiespasmódicos; por lo cual debemos decir cuatro palabras acerca de ellos.

En primera línea es preciso poner la asa fétida, que era el medicamento predilecto de Millar, quien le usaba dirigiendo el tratamiento como se espone á continuacion:

PRESCRIPCION V.

TRATAMIENTO DE MILLAR.

En un niño de uno á dos años.

1.° ℞	Asa fétida.....................	8 gram.	(ʒij)
	Acetato de amoniaco...........	30 gram.	(℥j)
	Agua de poleo................	90 gram.	(℥iij)

Disuélvase. Se toma á cucharadas de media en media hora.

2.° Cada ocho horas se deberá administrar el enema siguiente:

℞ Asa fétida....................	8 gram.	(ʒij)
Cocimiento simple emoliente...	90 gram.	(℥iij)
Aceite de olivas...............	30 gram.	(℥j) (1)

Para una lavativa.

(1) Millar ordenaba esta lavativa tan corta, con el objeto de que pudiera retenerse.

Digitized by Google

3.° ℞	Agua de menta piperita....	24 gram.	(ʒvj)
	Quina en polvo muy ténue..	12 decígram.	(℈j)
	Jarabe de clavel...........	8 gram.	(ʒij)

Mézclese.

Se añadia la quina á los antiespasmódicos para evitar la repeticion de los accesos, á los cuales suponia Millar cierta periodicidad.

Se puede decir de este tratamiento, como de los precedentes, que *si no ha sido perjudicial;* á lo menos nada prueba incontestablemente su eficacia positiva.

Tambien se ha empleado muchas veces el *alcanfor* contra esta enfermedad, y Wolff le unia al carbonato de amoniaco de la manera siguiente:

Mistura alcanforada.

℞	Carbonato de amoniaco....	40 centígram.	(8 g̃)
	Alcanfor..................	25 centígram.	(5 g̃)
	Jarabe de malvabisco.....	13 gram.	(ʒiijß)
	Mucílago de goma........	15 gram.	(ʒß)
	Agua de sauco............	90 gram.	(℥iij)

Mézclese. Se toma á cucharadas de hora en hora.

¿Cuál es la eficacia real de este medicamento? Esto es lo que no es posible saber por falta de buenas observaciones. Segun Guersant, el alcanfor es útil, igualmente que la asa fetida, en el *crup nervioso.* ¿Pero acaso existe un crup puramente nervioso? Este es un problema mas que resolver.

Los medios que se han enumerado estan lejos de ser los únicos que se han aconsejado, pues si quisiera mencionarlos todos tendria otros muchos mas que citar. Entonces deberia hablar de las *sales de zinc*, de *hierro* (Elliotson), de los *ácidos minerales* (Ley), de las *lociones frias* (Marsh), del *sulfato de quinina*, del *sucinato de amoniaco* (Vieusseux), etc., etc.: mas ¿qué ventaja sacaria el práctico de la estensa enumeracion de estos remedios siempre mal esperimentados y cuyos resultados positivos nos son desconocidos? Por esto me limito á mencionar el *opio*, empleado por Viensseux y Henderson, el cual puede usarse como medio auxiliar.

Por último, terminaremos suscitando una cuestion que siempre se presenta cuando se trata de estas afecciones agudas de la laringe, que por su violencia parece que amenazan incesante-

Digitized by Google

mente la vida del enfermo. ¿Se debe practicar la traquetomía en la laringitis estrídula? Es evidente que no es posible establecer una regla fija; pero ya se ha dicho que en algunos casos la enfermedad ha terminado por la muerte. Al médico toca apreciar la intensidad de los síntomas y la inminencia del peligro. Si la asfixia llegase á tal grado que no se pudiese esperar una terminacion feliz del acceso, seria preciso aplicar aqui la regla que debe servir de guia al médico en estas afecciones de la laringe: *la de practicar la operacion siempre que esté evidentemente en peligro la vida*. Solo nos resta ahora indicar las precauciones generales, que se deben tomar en todos los casos de crup falso.

PRECAUCIONES GENERALES.

1.° Desembarazar el cuello del niño de todos lazos y estorbos que le pudieran incomodar y dificultar la respiracion.

2.° Mantener la habitacion del enfermo á una temperatura de 14 á 15 grados del centígrado, haciendo húmedo el aire por medio de la evaporacion del agua.

3.° Evitar las corrientes de aire.

4.° Hacer que beba el niño lo mas á menudo que se pueda, para que la garganta se mantenga húmeda.

5.° Cubrirle con cuidado cuando los movimientos violentos del acceso le hayan hecho desarroparse.

6.° Cualquiera que sea el grado de tranquilidad en los intervalos de los accesos, no permitir que los niños se espongan al aire libre.

Tal es el tratamiento de una enfermedad que generalmense no se conoce bastante bien. Ya hemos visto que los medios que tenian á su favor la esperiencia eran los medios mas sencillos, los que siempre se deberán emplear en un principio por el práctico, á no mediar circunstancias escepcionales que no es posible preveer.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Tratamiento sencillo, fundado en un diagnóstico seguro y en una observacion exacta.*

Digitized by Google

A. *Casos ligeros.* Demulcentes, emolientes, laxantes, cataplasmas irritantes á las estremidades.

B. *Casos graves.* A los medios precedentes se añade purgantes mas activos, vomitivos, sanguijuelas, sangría, vejigatorio.

2.° *Tratamiento preconizado sin pruebas suficientes.* Sulfato de cobre, sulfuro de potasio, asa fétida, alcanfor, sales de hierro ó de zinc, sucinato de amoniaco, etc.

ARTICULO IV.

CRUP.

(Laringitis seudomembranosa) (1).

Desde E. Home (2) hasta el presente se han publicado acerca de esta terrible enfermedad un gran número de escritos de la mayor importancia; mas no por eso se debe creer que esta enfermedad era desconocida antes de que el autor inglés la describiese. Double (3) y Bretonneau (4) han demostrado que antes que él Baillou, Rosen, Carnevale y principalmente Ghisi, etc., la habian indicado de manera que no se la podia desconocer. Tambien se puede añadir, que en una época remota se tenian ya nociones sobre esta afeccion laríngea, que ha hecho perecer tan gran número de niños; solo que por falta de una observacion completa y exacta, y sobre todo careciendo de las luces anatómicopatológicas, se la confundia muchas veces con la mayor parte de las afecciones que causan la muerte por asfixia. La

(1) En la primera edicion habia descrito para mayor uniformidad, bajo el nombre de *laringitis,* las diversas inflamaciones de la laringe, indicando por un epiteto cada especie particular; pero despues de haberlo reflexionado bien, creo que conviene mas al práctico el conservar, cuando se trata del *crup falso,* del *crup* y del *edema de la glotis,* las antiguas denominaciones, mas distintas y mas conocidas.

(2) *Recherches sur la nat., les causes et le trait. du croup.*, trad. de F. Ruette; Paris, 1809.

(3) *Traité du croup.* Paris. 1811.

(4) *Des inflammat. spécial. du tissu muq. et en particul. de la diphthérite;* Paris, 1826.

Digitized by Google

descripcion trazada por Home es infinitamente superior á la que se habia publicado acerca del mismo asunto; pero la historia del crup no tomó un caracter eminentemente científico hasta la época en que se abrió el gran concurso instituido por Napoleon: las obras de Swilgué, Jurine, Albers, Double, Valentin, Vieusseux, fundadas en observaciones numerosas y mas completas que las de sus predecesores, vinieron entonces á aclarar muchos puntos oscuros. Sin embargo, todavía quedaba mucho que hacer, como lo ha probado Bretonneau en su escelente *tratado sobre la difteritis*. Esta obra ha derramado la mas viva luz sobre la anatomía patológica del crup, cuya relacion íntima con la angina membranosa ha demostrado mucho mejor que lo habian hecho las investigaciones de Ghisi, Carnevale, Jonhston y Double. Por consiguiente debemos á los trabajos de este médico y á los Guersant que los han apoyado, el grado de precision á que han llegado la patologia y la terapéutica de la laringitis seudomembranosa.

Como seria contrario al plan de esta obra el estenderme mas acerca de la historia de esta afeccion, remito al lector á la muy estensa y bien presentada que se halla en la obra de Double (1), la que podrá consultar con fruto, si desea tener un resumen crítico de los principales escritos acerca de esta importante materia. Tambien se encontrarán datos muy interesantes en las obras de Valentin (2) y de Bretonneau. Por nuestra parte vamos á pasar sin mas preámbulo á la descripcion de la enfermedad.

§. I.

DEFINICION, ESPECIES, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La laringitis seudomembranosa es, como su mismo nombre lo indica, una inflamacion aguda de la laringe, caracterizada por la produccion de una falsa membrana. Esta definicion, que es un resultado de los mas escelentes trabajos modernos, ha sido adoptada por todos los que han cesado de confundir entre sí enfermedades tan diferentes como la laringitis estrídula y el crup.

(1) *Lug. cit.*, p. 151.
(2) *Recherches sur le croup*. Paris, 1812, en 8.°

Digitized by Google

Muchos son los nombres que se han dado á esta enfermedad, pero me limitaré á citar los principales; tales son: el de *crup*, empleado por E. Home y conservado por la mayor parte de los médicos franceses; *angina suffocatoria, membranacea, poliposa, cancrosa; cynanche trachealis, stridula; trachueitis infantum, angina laringea membranosa, faringo-laringitis membranosa, difteritis traqueal, angina traqueal difterítica.* Pero se puede hacer una observacion muy importante, y que se puede aplicar á todas estas denominaciones, escepto las tres últimas; y es que se han designado por ellas enfermedades de muchas especies, como se puede ver en las observaciones citadas por los autores.

Es imposible decir de un modo positivo cuál es la *frecuencia* del crup, porque se oponen á ello dos motivos: 1.° que aunque tenemos muchos documentos importantes para la solucion de esta cuestion, no son todavía bastante numerosos ni suficientemente exactos; y 2.° que habiéndose confundido las mas veces el crup verdadero con el falso, se hallan complicados los elementos del problema de una manera sumamente intrincada. Sin embargo, se puede afirmar que esta enfermedad es bastante frecuente en casi todos los paises: en efecto, en Lóndres el crup ha arrebatado sesenta y cuatro personas; en Nueva York murieron cuarenta y seis en trece meses, y ciento sesenta y cinco en los dos años siguientes (1); en Ginebra, en Alemania é Inglaterra un gran número de autores han recogido numerosas observaciones, y en Francia apenas hay ciudad en la que todos los años no se presenten algunos casos de esta enfermedad. Sin duda estos datos aparecerán muy vagos, pero en el estado actual de la ciencia no se pueden tener otros mas positivos.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Todos convienen, como lo ha hecho notar el profesor Double (2), que la *edad* en que los niños son mas frecuentemente

(1) J. Frank, *Prax. med.*
(2) *Lug. cit.*, p. 275.

Digitized by Google

atacados de la enfermedad empieza al cesar la lactancia y continúa hasta la pubertad. A pesar de esto, se han visto niños de pecho atacados de crup. Los ejemplos citados por Bretonneau (1) son incontestables; Billard (2) admite mas bien la posibilidad de esta enfermedad en los niños muy pequeños, pero no afirma su existencia. Por otra parte, en la actualidad no son raros los ejemplos de crup en el adulto. Muchos autores, entre los cuales citaré principalmente á Louis, Horteloup (3) y Charcelay (4) han recogido observaciones muy interesantes. J. Franck ha reunido un gran número de casos observados en ancianos, y Louis refiere uno ocurrido en una muger de setenta y dos años (5). En vista de lo que precede, se puede decir en general, que el crup puede atacar todas las edades, pero que es mas frecuente entre los dos y los siete años. De ocho sugetos observados por Hache, en el año 1835, seis tenian de dos á cinco años y los otros dos el uno tenia ocho años y el otro doce.

En una interesante memoria publicada por el doctor Vauthier (6), quien ha recogido un número bastante considerable de observaciones, se ve que el crup ha atacado principalmente á los niños que tenian dos años (veinte casos de treinta y tres) y que ha sido despues mas frecuente de dos años á cinco, y luego de uno á los dos años.

En siete casos observados por Rufz (7), la edad ha variado de dos á siete años.

Las investigaciones de Rilliet y Barthez (8) confirman estos resultados; de suerte que se puede decir en general, que el crup es mas de temer desde los dos hasta cinco ó seis años.

Como supongo que se recordará lo que se ha dicho respecto á la influencia del *sexo* en el artículo del *crup falso*, no lo

(1) *Lug. cit.*, p. 36
(2) *Traité des maladies des enfants*, 2.ª edic., p. 504.
(3) *Observ. du croup chez l'adulte*, tesis; Paris, 1822.
(4) *Gaz. méd.*, t. VII. 1839.
(5) *Du croup chez l'adult.* (*Mém. et rech. anat. path.*; Paris, 1826.)
(6) *Essai sur le croup chez les enfants. Hist. de deux épidem. obs. á l'hóp. des enfants. en 1846 et 1847. Archiv. gén. de médecine*, IV serie, 1848, t. XVII, p. 5, 184; t. XIX, p. 5, 156.
(7) *Gaz. méd. de Paris*, 1843.
(8) *Traité clinique et prat. des malad. des enfants;* Paris, 1843, art. *Laryngitis pseudo-membraneuse.*

Digitized by Google

repetire aquí, y únicamente me limitaré á manifestar que los individuos del sexo masculino han sido atacados con mas frecuencia por el crup que los del sexo femenino: pero sobre este punto la observacion tiene aun mucho que hacer, ahora que se halla bien establecido el diagnóstico. Sin embargo, no debemos hacer deducciones de un corto número de hechos, porque las proporciones pueden variar mucho de un año para otro; pues Vauthier (1) ha visto en 1846, que el número de niños acometidos de esta enfermedad era doble que el de las niñas, al paso que en el año 1847, el número de niñas ha sido triple del de los niños.

Algunos autores han dicho que el crup era *hereditario;* ¿pero en qué hechos han fundado esta asercion?

Se han considerado como causas predisponentes del crup una *constitucion débil*, alterada por enfermedades anteriores ó por numerosas privaciones, y el temperamento linfático. Lo que da alguna verosimilitud á esta proposicion es que: 1.° como hacen notar Guersant (2) y Blache (3), los niños pobres y mal cuidados estan mas espuestos que los niños que se encuentran en condiciones opuestas; y 2.° que esta enfermedad apenas ataca mas que á los adultos debilitados por otra afeccion. A pesar de esto, es preciso guardarse de creer que los niños de constitucion robusta esten exentos de ella; porque de ocho niños observados por Hache, siete eran de constitucion fuerte y estaban bastante gordos. Esto mismo ha observado Vauthier *(lug. cit.)*, quien ha visto que los niños atacados eran generalmente robustos.

Se ha dicho que el crup se desarrollaba en todas las *estaciones*, lo cual es muy cierto; pero no todas son igualmente favorables á su desarrollo. Las principales epidemias han aparecido en otoño ó en primavera, y si examinamos cuarenta y nueve observaciones tomadas indistintamente en los autores, encontramos los casos asi repartidos segun las estaciones; en la primavera, diez y nueve; en estío, ocho; en otoño, trece; en invierno, nueve. Por lo demás no presento estos números muy insuficientes, sino como una indicacion que merece confirmarse. Las epi-

(1) *Lug. cit.*
(2) *Dict. de méd.*, t. IX, art. CROUP.
(3) *Du croup et du pseudo-crup*; (*Arch. gén. de méd.*, t. XVII).

Digitized by Google

demias observadas por Vauthier se han manifestado en la primavera y al principio del otoño.

Nada sabemos de positivo acerca de la influencia de los *climas* en la enfermedad de que tratamos; ya se ha visto mas arriba lo que hemos dicho, que es casi todo lo que se puede decir. Para determinar esta influencia serian menester estudios que no se han hecho. No obstante, generalmente se admite que el crup reina principalmente en los climas frios y húmedos.

En los tiempos que se creia que el asiento del crup estaba limitado á la laringe, se podia preguntar si la *estrechez* de la glotis era una causa predisponente de esta afeccion; pero en el dia que está demostrado que la produccion de la falsa membrana característica tiene su primitivo asiento en la laringe, es inutil suscitar semejante cuestion.

Algunas veces se desarrolla el crup durante el curso de otras enfermedades, especialmente del sarampion y de la escarlatina. La epidemia de crup que ha observado E. Boudet en el Hospital de Niños, y de la cual nos ha dado una escelente descripcion (1), ha sido particularmente notable por la aparicion de la laringitis seudomembranosa en el curso de un exantema, y cuando era considerable el número de fiebres eruptivas. Se ha presentado tambien despues de epidemias de estas mismas erupciones; porque si bien es cierto que algunos autores han dado como ejemplos de crup simple las anginas sintomáticas del sarampion y de la escarlatina y que no presentan aquel carácter, no por eso se debe concluir que siempre ha sucedido otro tanto, porque la existencia de la falsa membrana característica ha hecho en muchos casos desaparecer todas las dudas.

Antes de las últimas investigaciones que se han hecho acerca de esta enfermedad, pudo muy bien haberse puesto en duda con Double (*lug. cit.*, pág. 284) la existencia de verdaderas epidemias de crup; porque este autor, que sin embargo está distante de negar la posibilidad de estas epidemias, prueba en efecto que de cuantas se han citado antes de él no hay una sola que sea incontestable. Pero hoy que tenemos conocimiento de las epidemias que han observado Bretonneau en Tours, Ferrand

(1) *Hist. de la epid. de croup que ha reinado etc. Archiv. de Méd.*; tercera serie, 1842, t. XIII, p. 133 y 418.

Digitized by Google

en la Chapelle-Veronge, Hastron (1) en la pequeña villa de Couhé (Viena), y Bomlet y Vauthier *(lug. cit.)* en el Hospital de Niños, etc., no puede quedarnos ningun género de duda. Ferrand (2) ha observado en una corta localidad y en el término de unos seis meses, *sesenta* casos de crup que terminaron todos de un *modo funesto*, y cuya epidemia siguió, dice el autor, á otra de escarlatina en la que los niños han estado mal asistidos.

¿Deberé hablar ahora de otras causas predisponentes á que se ha atribuido el crup como el *vicio escrofuloso*, la propension que tienen los niños á contraer afecciones catarrales de las vias respiratorias, etc., etc.? Pero si tanto trabajo me ha costado hallar algo de positivo en las observaciones, ¿qué lograré obtener del exámen de algunos asertos que carecen de pruebas? Seria repetir inútilmente lo que en todas partes se ha dicho sin necesidad; pero sin embargo, debo decir que en los casos que ha observado Vauthier, hay un número bastante considerable que presenta la particularidad de haber sido *precedidos* de *catarro*.

2.° Causas ocasionales.

Las causas ocasionales son todavía mas oscuras que las predisponentes, y asi es que los autores apenas hacen la menor mencion de ellas. La mas generalmente admitida es la impresion del frio, y sobre todo del frio húmedo; pero estamos todavía muy distantes de tener pruebas suficientes acerca de este particular. Si consultamos las observaciones veremos que de veintiseis casos tomados indistintamente, solo seis veces se han espuesto los enfermos á la lluvia ó á una corriente de aire, ó habian pasado la noche con la ventana abierta, y que los demás no habian recibido absolutamente la impresion del frio.

Los que consideran el crup como una laringitis simple que llega á adquirir una intensidad estraordinaria, han atribuido necesariamente esta enfermedad á *todas las causas ocasionales de la laringitis simple*. ¿Pero puede admitirse esta teoría? evidentemente no, como lo demostraremos al tratar del diagnóstico; y por consiguiente creo inútil hacer mencion aquí de las causas de la laringitis simple.

(1) *Dissert. sur le croup*, Thèse; Paris, 1828.
(2) *De l'angine memb.* Thèse; Paris, 1827.

Digitized by Google

Con este motivo debo decir que se han hecho esperimentos en los animales, con el objeto de descubrir el modo como se desarrolla la falsa membrana que caracteriza el crup, y que habiendo empleado sustancias irritantes como el cloro gaseoso, los ácidos, el aceite de cantáridas (Bretonneau), etc., han producido, como puede verse en las obras de Double, Bretonneau, Blaud, etc., unas veces una inflamacion muy intensa de la laringe, de la tráquea y de los bronquios, sin falsa membrana, y otras una verdadera película que cubria la cavidad de la laringe; pero raras veces una inflamacion tan considerable y con síntomas generales tan intensos como los que se observan en el crup. Algunas veces se ha observado en los animales una enfermedad análoga á la de que nos estamos ocupando (1).

El *contagio* del crup ha ocupado mucho á los autores; pero no poseemos un número tan considerable de hechos que basten á poder decidir la cuestion definitivamente. Los casos que citan algunos observadores, y particularmente Bretonneau y Guersant, hacen concebir temores fundados; pero en rigor pueden entrar en el dominio de una influencia epidémica. En una palabra, los autores han dicho ya lo bastante para que el práctico deba obrar como si existiera el contagio, pero no lo suficiente para que desaparezcan las dudas del patólogo. Segun algunos hechos que cita Boudet, la angina seudomembranosa es contagiosa y no la laringitis, de modo que se debe temer mucho menos el contagio cuando el crup ocupa la laringe. Faltan en todo esto aun nuevos hechos para que se pueda resolver este punto definitivamente.

Omito referir las demás causas de crup en atencion á que no presentan en su favor ni siquiera un principio de prueba.

§. III.

SÍNTOMAS.

Varían un poco los síntomas de la laringitis seudomembranosa, segun que se estudie esta enfermedad en el niño ó en el adulto, por lo que es absolutamente necesario tomar en

(1) GHISI, *Lettere mediche*, y DOUBLE, *lug. cit.*

Digitized by Google

consideracion las modificaciones que la edad de los sugetos ocasionan en los fenómenos morbosos; de aqui resulta que no es posible hacer una descripcion general que sea aplicable á todos los casos. Para cortar este inconveniente, me limitaré primero á estudiar el crup en los niños, y luego que haya trazado el cuadro de la enfermedad en esta edad, en que puede decirse que se halla el tipo de la laringitis seudomembranosa, daré á conocer algunas particularidades que presenta en los adultos, con lo cual evitaré muchas repeticiones y lograré dar á este artículo mucha mayor claridad.

Crup en el niño. Puede decirse que los síntomas de esta enfermedad han llamado la atencion de un modo especial, y asi es que poseemos un gran número de descripciones tan minuciosas como completas. No obstante, no podemos servirnos indiferentemente de todas ellas, en razon á la confusion que naturalmente debia haber en el diagnóstico hasta que los autores se han convencido bien de que solo debia darse el nombre de crup á una laringitis caracterizada por la produccion de una falsa membrana. No quiero decir con esto que no podamos servirnos de los trabajos publicados antes de estos últimos años; pero sí que solo deben consultarse en aquellas partes en que no sea posible confundir dos enfermedades distintas.

Invasion. Un gran número de autores han asignado á esta enfermedad *prodromos* muy diferentes; mas cuando se examinan sus observaciones se nota que estos supuestos prodromos no son mas que los síntomas de varias afecciones preexistentes, como el sarampion, la escarlatina y el catarro pulmonar. Asi pues Jurine (1) admite un crup que se anuncia por síntomas equívocos, y que en su opinion empieza por la tráquea; pero todo induce á creer que estos síntomas equívocos son los de las enfermedades que acabo de indicar. En la actualidad se admite, y con razon, que estas enfermedades no tienen mas relacion con la laringitis seudomembranosa, que la de favorecer su desarrollo por el estado particular en que coloca al sugeto, y que no puede considerárselas como prodromos, puesto que

(1) *Dictámen* de Boyer Collard en el *Précis analytique du croup* de M. Bricheteau, p. 18 y 208.

Digitized by Google

solo preceden á la invasion de la enfermedad nueva en algunos casos particulares.

Muchos autores, y entre ellos Borsieri y Double *(lug. cit.)*, han colocado á la *epistaxis* en el número de los síntomas precursores del crup; pero en las observaciones de laringitis seudomembranosa simple que tengo á la vista, nada se habla de epistaxis, y por el contrario se ha presentado esta hemorragia en los casos en que habia al mismo tiempo un exantema; de modo que todo induce á creer que este síntoma pertenece á la afeccion preexistente ó concomitante y no á la laringitis seudomembranosa por sí misma.

En cuanto á la *coriza* y *dolor de garganta* que se ha observado muchas veces y que varios han considerado como prodromo, puede hacérseles una objecion enteramente opuesta. Los observadores que han seguido en estos últimos tiempos la marcha de la laringitis seudomembranosa sin estar distraidos por casos mas ó menos numerosos de laringitis estrídula, han observado que las mas veces se presentan al principio signos de inflamacion en la faringe y en las fosas nasales; pero estos no son ya simples prodromos, sino verdaderos síntomas de la invasion, que persisten y hasta toman mayor incremento en el curso de la enfermedad.

Segun todos los autores, *la invasion* se diferencia segun que la laringitis seudomembranosa empieza por una inflamacion específica de la faringe ó de la tráquea, ó que desde luego invade la laringe.

En el *primer caso*, que es el mas frecuente, se presentan los síntomas siguientes: *escalofrios* ligeros, que se reproducen varias veces, segun lo ha demostrado Guersant, y á los que sigue calentura mas ó menos intensa y una *cefalalgia* observada en mas de la mitad de las historias que tengo á la vista. Muy pronto sobreviene el *dolor de garganta*, que en el mayor número de casos es soportable; pero que en algunos enfermos cuyas historias he leido, fue muy violento desde el principio.

Este dolor de garganta que dificulta á menudo la deglucion, va acompañado cuando es un poco intenso, de un fenómeno que importa mucho hacer notar, y es *una tumefaccion notable, y por lo comun dolorosa, de los ganglios submaxilares*, cuyo

Digitized by Google

síntoma, que en rigor no pertenece á la enfermedad, tiene sin embargo gran valor porque da á conocer el grado de intensidad de la inflamacion de la faringe.

Si el niño es ya crecido, *espectora* una cantidad bastante considerable de moco, que desprende con frecuencia de la cámara posterior de la boca en los esfuerzos que hace para desembarazarse de la sensacion penosa que esperimenta.

Si se *esplora* la cámara posterior de la boca, se observa una gran rubicundez y una tumefaccion notable de las amígdalas, y muchas veces unas placas pequeñas blancas, irregulares, sin prominencia bien manifiesta y que ocupan el velo del paladar, la campanilla y sobre todo las amígdalas. Todos los autores que han escrito antes de Bretonneau, solo habian notado ligeramente estas alteraciones, y sin embargo por la importancia, como lo ha demostrado este práctico tan distinguido, deben por el contrario llamar muy particularmente la atencion del observador. Van Bergen (1) es quizá entre todos los antiguos el que ha hecho notar con mas cuidado la coriza y la tumefaccion de la garganta, precursores del crup; pero no ha insistido lo bastante acerca de este particular.

En un número menos considerable de casos se manifiestan síntomas análogos en las fosas nasales, que consisten comunmente en los signos de una coriza poco intensa, pero que se distingue por una ligera secrecion serosa, amarillenta y fétida, observada por Bretonneau y Guersant. Estos síntomas dependen con mucha frecuencia de la formacion de una falsa membrana semejante á la de la laringe.

Al mismo tiempo que se presentan estos fenómenos, se observa postracion, laxitud, una agitacion manifiesta por la noche y las mas veces insomnio; desaparece el apetido, hay mucha sed, á veces vómitos; el pulso está desarrollado y frecuente, y la piel caliente: en algunos casos una tosecilla seca, la respiracion acelada y la ronquera vienen á probar que si la falsa membrana no ha invadido aun la laringe, participa ya este órgano de la tumefaccion inflamatoria de las partes inmediatas.

En el *segundo caso*, es decir, cuando la enfermedad invade la tráquea antes de la laringe, ¿qué es lo que sucede? Es bas-

(1) *Nova acta phys. med. Acad. Cæsar.*, t. II, Noviemb. 1761.

Digitized by Google

tante dificil responder á esta pregunta, en razon á que las observaciones son insuficientes respecto á este punto. Hé aquí los caracteres que asigna Jurine (1) al crup que empieza de esta manera.

1.° «Invasion anunciada por síntomas equívocos que pueden pertenecer á otras enfermedades, sobre todo á afecciones catarrales; 2.° los síntomas siguen su curso con menos rapidez que en el crup laríngeo; 3.° son menos pronunciados los accidentes espasmódicos en el principio de la enfermedad; 4.° las remisiones de los accesos son mas largas y á veces se cambian en intermitencias; 5.° rara vez se nota por la presion la sensacion dolorosa de la tráquea y de la laringe; 6.° si la terminacion es funesta, tarda mas en morir el enfermo.»

Estos signos son muy vagos, puesto que solo están fundados en diferencias de duracion é intensidad, que se notan en los casos mas diferentes entre sí. Segun resulta de algunos hechos observados por Boudet (*lug. cit.*), la integridad de la voz durante muchos dias, existiendo los demas síntomas del crup en un grado mas ó menos intenso, seria el único signo de la invasion de la enfermedad por la tráquea.

Cuando la laringitis seudomembranosa *invade desde el principio la laringe*, los síntomas se agravan muy pronto y sobrevienen en muy poco tiempo la sufocacion, la ansiedad y los demás signos de asfixia de que pronto hablaremos.

Algunas veces ataca la enfermedad al mismo tiempo la faringe, la laringe y hasta la tráquea: en estos casos se desarrollan casi simultáneamente los síntomas que acabo de referir, y la enfermedad hace en pocos momentos progresos muy alarmantes.

Síntomas del crup confirmado. Que la afeccion haya empezado por la faringe ó por la tráquea, ó bien que haya sido la laringe la primera invadida, desde que se fija en este órgano la inflamacion especial, se declaran los síntomas siguientes:

El *dolor* de la laringe nunca es muy considerable, á lo menos los niños se quejan poco de él, y mas bien lo hacen de una incomodidad grande que sienten hácia la region de este órgano, á la cual se llevan á veces las manos como para ar-

(1) *Précis analytique* de M. Bricheteau; notas, p. 208.

Digitized by Google

rancar un cuerpo estraño que estuviese fijo en este punto. Couch (1) ha visto á un niño que se rasgaba con las uñas la parte anterior del cuello.

La *voz* se altera profundamente, y de sorda y ronca que era antes de ser invadida la laringe, se hace ahora baja, ahogada, penosa, y termina por estinguirse completamente. No es esta la descripcion de la voz en el crup tal como se la halla en muchas historias generales de esta enfermedad; pero nadie debe estrañarlo si se recuerda que hasta estos últimos tiempos no se ha establecido una diferencia marcada entre la laringitis seudomembranosa y la laringitis estrídula, y que bajo el nombre de voz *crupal*, *canto de. gallo*, etc., se designaba principalmente el timbre de voz observado en la última de estas dos afecciones, lo que se comprueba cuando se analiza los trabajos de Bretonneau, Guersant y Gendron (2). Este es un punto que el médico no debe perder de vista, porque importa mucho para el diagnóstico. Rilliet y Barthez hacen notar que la espulsion de las falsas membranas restituye en algunos casos y momentáneamente á la voz su timbre normal.

La *tos* se hace frecuente, dislacerante y dolorosa, y su timbre presenta algo de particular á la enfermedad; pero sin embargo, en límites tan variables, que por esta razon se ha tratado en vano de buscarla un término único de comparacion. Los buenos autores han proscrito, y con razon, todas las comparaciones de este género. La *tos del crup* es ronca, sorda, hueca, segun la espresion de Bricheteau (*lug. cit.*, pág. 315), y como que vuelve á entrar en la laringe, segun lo ha notado Guersant. La particularidad que presenta esta tos es un silbido en algunos enfermos muy fuerte, que sigue á cada golpe, y de cuyo síntoma volveré á ocuparme al tratar de la respiracion. En un caso que cita Hache (*lug. cit.*) ha faltado completamente la tos; pero este hecho puede considerarse como enteramente escepcional. Resulta de la observacion de Vauthier, y en contra de la opinion general, que cuando ha llegado la enfermedad á su mas alto grado, desaparece la voz ronca y cavernosa, y la reemplaza una *tos apagada* como lo está la voz.

(1) *Obs. on croup. (Annals. of med.*, vol. I, 1817.
(2) *Journ. des connaiss. méd. chir.*, n.° 5, Noviembre 1835.

Digitized by Google

La dificultad de respirar es de las mas notables. Los enfermos elevan estraordinariamente las paredes torácicas para hacer que el aire penetre en los pulmones; las ventanas de la nariz se dilatan, y consiguiendo por medio de estos esfuerzos vencer el obstáculo que presenta la obstruccion de la glotis, se precipita el aire en la laringe produciendo un *silvido* manifiesto, mas intenso despues de cada golpe de tos, y sobre todo despues de las accesiones. La espiracion por el contrario, es bastante libre y se efectúa sin ruido ó acompañada tan solo de un simple ronquido cuando el enfermo no tose. Se ha atribuido esta diferencia entre la inspiracion y la espiracion á que en la primera se aproximan uno contra otro los bordes de la glotis, y que por el contrario se separan en la segunda. ¿Mas no entrará por algo en este fenómeno la lentitud de la espiracion? Esto es tanto mas probable, cuanto que como vamos á ver, la respiracion es *prolongada* en la laringitis seudomembranosa. Habiendo contado Hache el número de inspiraciones en sus enfermos, halló que variaba de diez y seis á cuarenta y ocho, y generalmente, segun este autor, la respiracion es menos acelerada que en la pulmonía, pero al mismo tiempo se presenta corta, pronta y muy á menudo acompañada de ansiedad.

Por medio de la *auscultacion* cuesta trabajo distinguir el ruido vesicular, que con mucha frecuencia queda enteramente oculto por el silbido inspiratorio; y cuando se le oye se nota que es débil en todo el pecho. Vauthier ha percibido un *ruido de sierra*, y Gendron y Hache han notado una *prolongacion* de la espiracion, siendo este segundo tiempo de la respiracion igual al primero. Gendron insiste, y con razon, en este signo que anuncia que la falsa membrana invade la laringe, y el cual antes de este autor, no habia llamado bastante la atencion de los observadores. Vauthier ha hallado la inspiracion larga y la espiracion sibilante; y este mismo práctico ha demostrado que cuando la afeccion ha llegado á su mayor desarrollo puede la auscultacion comprometer la existencia en ciertos momentos, lo cual debe hacer al médico sumamente cauto. En cuanto á la estension de la falsa membrana á los bronquios, este autor dice formalmente, que ni él, Blache, Vigla y Roger, han podido reconocerla por medio de la auscultacion. Rilliet y Barthez no han sido tampoco mas afortunados.

Digitized by Google

En el principio de la enfermedad, la *espectoracion* es nula ó compuesta de esputos blancos con muchas burbujas de aire y evidentemente mucosos; mas tarde, y en cierto número de casos, se presentan mucosidades filamentosas, viscosas y abundantes, y rara vez la materia espectorada tiene aspecto puriforme. Pero el único signo positivo y el mas importante del diagnóstico es la presencia ó ausencia de *falsas membranas* en medio de las materias espectoradas: sin embargo de que no existan, no se deduce que la enfermedad que se tiene á la vista no sea el verdadero crup, porque de cincuenta y seis casos, cuyos síntomas han sido observados con toda atencion, en veinte y seis ha demostrado la autopsia la presencia de la falsa membrana, sin que se hubiese podido descubrir antes el menor vestigio de ella ni en el producto de la espectoracion ni en el vómito. Creo sí que en cierto número de casos ha habido espulsion de algunos fragmentos de falsas membranas que no han sido apreciados; pero siempre deben quedar otros muchos en que no haya sucedido esto.

Unas veces las falsas membranas espelidas tienen la forma de *tubos*, y presentan con mayor ó menor exactitud la conformacion de la parte superior de las vias aéreas; otras consisten en pedazos bastante grandes, gruesos, blancos ó ligeramente estriados de sangre y con tendencia á enroscarse; algunas, en fin, son fragmentos irregulares, poco considerables, que se distinguen sobre todo por su tenacidad. En los niños ya crecidos, algunas veces se desprende y arroja la falsa membrana por los solos esfuerzos de la tos; pero en el mayor número de casos se agregan á estos esfuerzos vómitos, provocados ó por los mismos esfuerzos de tos ó por la sensacion que el productor morboso determina en la faringe, ó finalmente, por los vomitivos que se administran como medios curativos.

A todos estos síntomas locales debemos añadir la *tumefaccion de los ganglios linfáticos del cuello*, sobre la cual Bretonneau ha insistido, y con tanta razon. Se presenta debajo de la mandíbula inferior y especialmente de su ángulo, unas veces desde el principio de la enfermedad y otras cuando ya los síntomas han adquirido cierta intensidad, un tumor mas ó menos estenso, resistente, sensible á la presion, y en el cual se reconoce fácilmente la tumefaccion de los ganglios. Pero esta tumefac-

Digitized by Google

cion ¿pertenece en realidad á la laringitis seudomembranosa? Indudablemente no, porque aparece principalmente cuando la concrecion morbosa invade la faringe, y hasta puede suponerse que en los casos en que no se ha observado eran de crup primitivo, es decir, en que la laringitis seudomembranosa habia empezado por la laringe. Sin embargo, la observacion no ha puesto todavía el hecho fuera de duda; y como quiera que sea, puesto que en el mayor número de casos la inflamacion diftérica invade primero la faringe, puede colocarse la tumefaccion dolorosa de los ganglios del cuello entre los síntomas de la invasion del crup. No obstante, es cierto que en algunas epidemias rara vez se presenta esta tumefaccion, porque Vauthier *(lug. cit.)* solo la ha observado en un caso entre treinta y siete, y Rufz por el contrario la ha visto constantemente.

Accesiones del crup. Hasta ahora hemos hablado de todos estos síntomas sin tomar en consideracion las diversas modificaciones de forma y de intensidad que se pueden presentar en la marcha de la enfermedad, vamos pues á ver qué es lo que sucede en esas *exacerbaciones* violentas que se manifiestan en casi todos los casos á intervalos variables y que constituyen las *accesiones del crup.* De repente, y las mas veces sin causa conocida, la dificultad de respirar y la opresion aumentan considerablemente; la voz y la tos ofrecen en su mas alto grado los caracteres que dejamos indicados; el silbido de la inspiracion se oye desde lejos, y se manifiesta una gran ansiedad. Entonces es cuando el niño se lleva la mano al cuello, como para arrancar de esta parte el cuerpo estraño que le sufoca; cuando se sienta de repente, inclina la cabeza hácia atrás para facilitar los movimientos inspiratorios, y presenta los síntomas terribles de una asfixia inminente. No es raro observar que el acceso, que á veces dura de media á algunas horas, termina por la espectoracion de un tubo seudomembranoso, de algunos fragmentos costrosos ó simplemente de mucosidades espesas, viscosas y filamentosas. Despues de la accesion, el niño fatigado queda sumergido en un abatimiento ó soñolencia, y continúan, aunque con menos intensidad, todos los síntomas que hemos descrito mas arriba.

Se admite generalmente que la *cara* abotagada y violada en las accesiones, queda pálida mientras dura la calma, lo cual efectivamente es cierto en el mayor número de casos: sin em-

Digitized by Google

bargo, he hallado en dos observaciones que la cara ha permanecido notablemente pálida durante todo el tiempo de la enfermedad; pero estos casos son puramente escepcionales. Durante el acceso, los labios se ponen lívidos, y los ojos brillantes y huraños, espresan un pavor profundo, mientras que en el período de calma, los labios están pálidos y la vista abatida.

En la mayor violencia de las accesiones es tambien cuando se observa la *agitacion convulsiva* de algunos niños: los miembros se ponen rígidos, y á veces el enfermo se arroja de la cama creyendo hallar asi el aire que le falta, ó bien se agarra á un cuerpo sólido para favorecer sus grandes esfuerzos inspiratorios.

La *calentura* que tanto importa estudiar en esta enfermedad, acompaña á todos estos síntomas desde su aparicion, y en seguida hace rápidos progresos, y la piel cálida y seca fuera de las accesiones, se cubre á menudo durante estas de un sudor mas ó menos abundante. El pulso es acelerado, duro y resistente: Hache y Vauthier le han visto llegar á 160 pulsaciones y Caillau (1) á 180, pudiendo todavía presentar mayor frecuencia durante los accesos, si bien entonces se hace pequeño, contraido y dificil de apreciar. Algunos autores, y en particular Desessartz (2), han dicho que en ciertos casos vuelve el pulso al estado normal en los intervalos de las accesiones; pero si leemos atentamente sus escritos, pronto nos convenceremos de que los casos de que hablan pertenecen á la laringitis estrídula.

El movimiento febril tiene en la laringitis seudomembranosa exacerbaciones mas ó menos marcadas; pero es constante y se manifiesta por síntomas evidentes en todo el curso de la enfermedad.

Absorbida la atencion de los observadores por los síntomas principales, se ha descuidado bastante el estudio del *estado de las funciones digestivas*. Caillau *(lug. cit.* pág. 25) dice que la lengua está rubicunda por los bordes, que la sed moderada en algunos enfermos, es grande en otros; que la deglucion, en un principio fácil, llega á hacerse mas tarde dificil, especialmente cuando la enfermedad es mortal; que hay casi siempre arcadas

(1) *Mémoire sur le croup*, p. 22, Burdeos, 1812.
(2) *Mémoire sur le croup*, p. 26, Paris, 1808.

y vómitos, y que en un niño se ha observado una evacuacion por el ano de una materia acre y ténue, que le escoriaba. Indudablemente en este último caso habia una de esas *difteritis generales*, tan bien estudiadas por Bretonneau, y las falsas membranas ocupaban el ano. Los síntomas que refiere Caillau se presentan en bastantes casos, pero no son constantes: asi es que Hache no ha visto la rubicundez de la lengua, solo ha nodo la sed intensa en un caso, y no ha observado los síntomas abdominales. «Se ha notado, dice Bricheteau en su interesante trabajo acerca del crup (p. 317), como un fenómeno singular, que en medio de estos accesos formidables la deglucion se efectuaba fácilmente y con libertad.» El hecho es exacto; pero tan solo en algunos casos particulares, y no en la generalidad, porque la dificultad en la deglucion está formalmente comprobada en la mayoría de las observaciones. La falta de esta dificultad de deglucion ¿se halla tan solo en el crup limitada á la faringe, ó en la laringitis estrídula? Las observaciones de Hache (*lug. cit.*, p. 12) hubieran podido ilustrarnos acerca de este punto, porque entre los casos que ha observado, hay muchos en que la faringe ha permanecido siempre exenta de alteracion; pero desgraciadamente este autor ha descuidado el exámen de los hechos bajo este punto de vista. Por mi parte me limitaré pues á decir, que en los casos en que la enfermedad invade las partes constituyentes de la faringe, es sumamente notable la dificultad de la deglucion. Nada se ha observado en las *orinas* que tenga un valor práctico positivo.

Es de notar que en medio de estos accidentes tan terribles la *inteligencia* permanece intacta: tal es á lo menos lo que han notado todos los observadores.

Estos son los síntomas del crup en los niños, de cuya sucesion é intensidad volveré á ocuparme cuando esponga el *curso* y la *terminacion* de la enfermedad. Veamos ahora las modificaciones que la influencia de la edad imprime á la misma afeccion en los adultos.

Crup en el adulto. En los adultos es mas constante que en los niños que la enfermedad empiece por dolor de garganta y dificultad de deglutir, resultados de la inflamacion diftérica de la faringe. Cuando la falsa membrana ha invadido la laringe, hay dolor, disnea, ansiedad y una alteracion notable de la voz; pero

Digitized by Google

segun lo ha demostrado Louis (1), rara vez se presentan accesos de sufocacion, aun en las últimas horas de la existencia, particularidad que confirma las observaciones de crup en los adultos, recogidas por Horteloup (2), Filleau y Engaz (2), Charcelay (4), H. Lynch, W. Dawson, Lewis (5), Renard (6) y Gandy (7). Otro tanto debemos decir de la falta frecuente de la respiracion sibilante en los adultos que ha notado con mucha atencion Louis. En efecto, resulta que de nueve observaciones tomadas de los autores que acabo de citar, solo en tres ha habido la respiracion sibilosa, que nunca se ha presentado hasta bastante tarde y en un caso la víspera de la muerte. Tales son las diferencias que merecen especial mencion, y á las cuales debo añadir que Louis creè, y esta opinion es muy admisible, que la menor intensidad de algunos síntomas debe atribuirse al estado de enfermedad en que se hallan los adultos atacados del crup.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El crup es una enfermedad esencialmente aguda y cuyo curso es siempre mas ó menos rápido, y ya hemos dicho que presentaba exacerbaciones violentas á las cuales se ha dado el nombre de *accesos*. Estos *accesos* han llamado mucho la atencion de los autores, que estan conformes en considerarlos como mas frecuentes por la tarde y la noche que durante el dia; en efecto, en once casos en que su aparicion ha sido manifiesta, se ha dicho que en diez de ellos habia tenido lugar principalmente por la noche. La invasion del acceso se presenta por lo comun durante el sueño, en cuyo caso despierta el niño de una manera espantosa y acometido de una opresion imprevista, espresa su terror por sus miradas y la contraccion de la cara; en seguida se

(1) *Parallèle du croup chez l' enfant et chez l' adulte. Mémoires.* etc., p. 242.)
(2) *Obr. de croup chez l' adulte.* Thèse, Paris, 1828.
(3) *Croup chez l' adulte.* (Journ. de méd., c. XIV, p. 139.)
(4) *Rec. des trav. de la Soc. d' Indre et Loire.*
(5) *The lancet*, vol. I, p. 70 y 409.
(6) *Bibl. méd.*, t. XLVII, p. 75.
(7) *Bibl. méd.*, t. XXVI.

Digitized by Google

manifiestan todos los síntomas de la accesion con una *intensidad* variable. Comunmente la primera es menos violenta que la segunda, y asi sucesivamente, hasta que la enfermedad llega á su último término, porque entonces la sufocacion, la ansiedad y todos los signos de la asfixia se hacen casi continuos; y no tan solo es dificil establecer diferencia en las accesiones, sino que hasta cuesta trabajo conocer cuando verdaderamente se presentan estas. Estos accesos de sufocacion son mucho mas raros y menos marcados en los adultos que en los niños.

Se ha dividido el curso de la enfermedad en dos, tres y hasta cinco períodos. Guersant, que admite tres, hace de la *invasion* el primer período, y en seguida divide en dos el resto de la afeccion. Es indudable que hay algunas modificaciones en la fisonomía de esta enfermedad, segun que se la considere en una época mas ó menos avanzada de su curso; pero me parece que estas modificaciones no estan bastante caracterizadas para motivar una division sistemática.

Segun los autores, la *duracion* de la laringitis seudomembranosa es de tres á doce dias. En los adultos que ha observado Louis, sobrevino la muerte del sétimo al octavo dia, y del tercero al noveno en los casos cuyas historias han recogido Horteloup, Filleau y Lynch. Los hechos que se hallan fuera de estos límites deben considerarse como escepcionales.

Algunos autores han citado ejemplos de *crup crónico:* asi Home (*lug. cit.*) refiere que un niño de cinco años ha padecido, durante un año, una tos con espectoracion sanguinolenta, con la cual arrojó en tres ocasiones distintas algunos fragmentos de falsas membranas; y J. Frank dice que ha visto un hombre de treinta años, que despues de haber padecido sifilis, tuvo por espacio de tres meses dolores continuos en la laringe, con tos, ronquera, calentura, etc., cuyo estado ha durado hasta que el enfermo arrojó en una accesion fuerte de tos una falsa membrana de 8 centímetros ($3^1/_2$ pulgadas) de largo y 3 de ancho (15 líneas). Podria citar algunos otros ejemplos parecidos, pero que no son mas concluyentes que estos, á los cuales pueden ponerse sérias objeciones. En el caso que cita F. Home, ¿el fragmento arrojado por la tos no podria ser un exágulo descolorido y polipiforme? En el que refiere J. Frank, la falsa membrana que espelió el enfermo ¿no se habria formado en los últimos tiempos de una laringitis

Digitized by Google

crónica? Estas consideraciones han inclinado á la mayor parte de los médicos á no admitir el crup crónico, contra cuya existencia se han suscitado numerosas dudas; de modo que si una observacion mas completa no llega y demostrar lo contrario, los casos de este género deben considerarse como puramente escepcionales (1).

La *terminacion* de la enfermedad es muy á menudo funesta, y cuando esto debe suceder cae el niño en un estado de sopor del que le hace salir con frecuencia la sufocacion que le atormenta; permanece insensible á cuanto pasa á su rededor; el pulso, y este es un signo de gran valor, no disminuye ó mas bien aumenta notablemente de frecuencia, al mismo tiempo que se hace pequeño, retraido, filiforme; y por último, perece el enfermo despues de una agonía mas ó menos larga, ó bien espira en medio de un acceso violento de sufocacion.

Si la terminacion es feliz sin que se haya practicado ninguna operacion, pierde la tos su aspereza, es menor el silbido de la inspiracion, los esfuerzos del enfermo desprenden con mas facilidad la falsa membrana, el estertor mucoso, que ya no está encubierto por el silbido laríngeo, se percibe por medio de la auscultacion; los accesos de sufocacion van siendo menos intensos, mas raros y llegan á desaparecer, el pulso no se acelera, conserva su fuerza ó la recobra si la habia perdido, y en pocos dias vuelven á su estado normal todas las funciones.

La laringitis seudomembranosa puede complicarse con varias enfermedades, y Guersant *(lug. cit.)* ha destinado un párrafo largo á estas complicaciones. Por mi parte me limitaré á indicar mas adelante las que ofrecen interés bajo el punto de vista práctico.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En estos últimos tiempos se han estendido mucho los autores en la descripcion de las lesiones orgánicas de la laringitis

(1) Tampoco creo que sean mas concluyentes los casos que cita Andral, (*Cliniq. med.* t. IV, p. 190, 1834): en efecto, se refieren á laringitis seudomembranosas que se han presentado en algunos tísicos; ¿pero cuánto tiempo antes de la muerte? Esta es la cuestion, y todo induce á creer que estos casos no se diferencian de los que ha citado Louis.

Digitized by Google

seudomembranosa. Sin entrar en todos los detalles que nos han dado, y que serian supérfluos en una obra práctica, voy á presentar un resumen completo de sus investigaciones.

1.° Se encuentra en la laringe una falsa membrana que tapiza su cavidad; en algunos casos solo existen fragmentos de la falsa membrana en algunos puntos de la mucosa laríngea, y especialmente en la cara posterior del cartílago tiróides.

2.° Es raro que la concrecion seudomembranosa se limite á la laringe, pues por una parte existe con frecuencia, y á lo menos de un modo parcial en la faringe, y hasta se la ha visto aparecer en las cavidades nasales, y por otra se prolonga á la tráquea á la cual invade por lo comun secundariamente. En los adultos que ha observado Louis (*lug. cit.*, pág. 339), la falsa membrana ocupaba despues de la muerte todos los órganos de que dejamos hecha mencion: otro tanto ha sucedido en casi todos los niños que ha tratado Bretonneau *(lug. poco há cit.)*. En las observaciones recogidas por Hache solo se han presentado falsas membranas en las amígdalas en la mitad de los casos. Importa mucho hacer notar estas diferencias.

3.° La falsa membrana tiene un color blanco agrisado, y algunas veces amarillo ó pardusco y sanioso, cuando ha tomado un aspecto gangrenoso, como en los casos que cita Bretonneau. Su *consistencia* varía, pero ordinariamente es bastante fuerte y puede apreciarse una elasticidad manifiesta tirando suavemente de los fragmentos. Su *grueso* varía tambien mucho; algunas veces es muy delgada y otras veces llega á adquirir un grosor de 3 milímetros (1$^1/_2$ línea). Cuando no ha sido espulsada durante la vida, dejando asi lugar para que se formase otra, es tanto mas gruesa cuanto mayor es su antigüedad, segun lo ha demostrado Louis (*lug. cit.*, pág. 239). Su *adherencia* varía segun los puntos en que se la examina, y tambien segun las circunstancias de la enfermedad y del tratamiento. Unas veces se observan fragmentos membranosos, desprendidos en parte, que nadan en un moco espumoso ó puriforme; otras presenta la falsa membrana cierto grado de adherencia en todos sus puntos, y otras en fin, está adherida en algunas partes y desprendida en otras. El punto donde está mas adherida es ordinariamente hácia los ventrículos de la laringe y la parte superior de la tráquea. Cuando la membrana está adherida á la tráquea, presenta en su su-

Digitized by Google

perficie esterna unos puntos rojos observados por Guersant y Blache, y que son segun estos autores, el principio de las líneas vasculares demostradas por las preparaciones de Sœmmerring, lo cual hace que esta falsa membrana se aproxime mucho á las que se organizan en las cavidades serosas; Boudet ha citado un hecho de este género.

4.° Hé aquí los resultados de la análisis química de la falsa membrana: se endurece y encrespa por los ácidos sulfúrico, nítrico é hidroclórico debilitados, y la disuelven el ácido acético, el amoniaco líquido y las soluciones alcalinas. Por la incineracion de estas membranas se obtiene sulfato de cal y carbonato de sosa.

5.° La abertura de la glotis está mas ó menos completamente obstruida, segun el mayor ó menor grueso de la falsa membrana; pero no debe creerse que sea necesaria la oclusion completa de la glotis para causar la muerte, porque en un número bastante considerable de autopsias se ha hallado que esta abertura daba bastante paso al aire á pesar de la existencia de la produccion morbosa.

Se ha tratado tambien de fijar de un modo mas preciso el asiento de la falsa membrana, se ha indagado su modo de formarse, etc.; pero estos detalles, aunque por otra parte muy interesantes, carecen de verdadera importancia práctica.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Antes de entrar en el diagnóstico diferencial del crup, debemos discutir algunas cuestiones interesantes.

Ya hemos visto mas arriba que segun las observaciones mas exactas no pueden establecerse diferencias de naturaleza entre la angina faríngea seudomembranosa y la laringitis de que nos estamos ocupando. En efecto, todo en ellas es comun, escepto el sitio, y ademas proceden con mucha frecuencia la una de la otra. Esta es una verdad en la actualidad admitida y contra la cual son impotentes las objeciones de algunos autores, entre las cuales debo hacer mencion de las del doctor J. Chey-

Digitized by Google

ne (1). Este práctico no concibe que puedan admitirse como idénticas estas dos afecciones, no solo porque su asiento principal es diferente, sino porque: 1.° la una es ocasionada por el frio y la otra por el contagio; la una es puramente inflamatoria y la otra de naturaleza tifoidea; 2.° la primera exige un plan antiflogístico, y la segunda los estimulantes locales mas enérgicos, los medicamentos tónicos y los cordiales. Solo he citado este pasage para hacer ver cuán débiles son las objeciones que se hacen á uno de los mas importantes resultados de la observacion moderna; porque aun cuando el mismo Bretonneau cita un gran número de autores, que antes de F. Home habian sospechado la verdad, es preciso reconocer que á sus hábiles investigaciones debemos la demostracion completa, tanto de los caracteres propios de la angina faríngea diftérica, como de su identidad con la angina laríngea seudomembranosa. Sin embargo, Bretonneau, como si temiese ir demasiado lejos, se pregunta si podrian desarrollarse en la laringe concreciones de naturaleza *no diftérica*; pero examinando atentamente los hechos, no tardamos en ver que todas las falsas membranas desarrolladas en la laringe son de la misma naturaleza, y que no hay entre ellas signo distintivo que tenga algun valor. Ademas esta opinion ha sido perfectamente demostrada por Bricheteau (*lug. cit.*, pág. 335), y asi vuelvo á repetir que estas dos enfermedades tan solo se diferencian en el sitio distinto que ocupan. Mas como por una parte la diferencia en el sitio es capital, y por otra puede la difteritis estar limitada á la laringe, el médico, á pesar de reconocer que la angina faríngea y la laringitis seudomenbranosa son de igual naturaleza, y frecuentemente se confunden entre sí, debe hacer de ellas dos enfermedades distintas y estudiarlas con cuidado y separadamente.

¿La laringitis aguda simple puede degenerar en laringitis seudomembranosa? ó en otros términos: ¿deben distinguirse estas dos afecciones una de otra, ó no son mas que dos grados diversos de una misma enfermedad? Hé aquí otra cuestion que ha divido las opiniones, y que sin embargo es fácil de resolver por los hechos. Si la laringitis aguda simple no fuese mas que el primer grado de la laringitis seudomembranosa, desde que

(1) *The cyclop. of pract. med.*, t. I, p. 499.

Digitized by Google

la primera de estas dos enfermedades llegase á adquirir cierta intensidad, tendriamos formacion de una falsa membrana: mas esto no sucede, porque hay gran número de hechos, y yo he indicado varios (véase pág. 157), en que habiendo sido la laringitis simple bastante intensa para causar la muerte, y habiendo tenido una duracion bastante larga, no ha habido sin embargo el menor vestigio de falsa membrana. Por otra parte se pueden citar casos en que en el crup la inflamacion se ha anunciado por síntomas muy poco intensos, y sin embargo, ya se habia formado una falsa membrana gruesa y reproducido repetidas veces. Estas son, en mi juicio, razones suficientes para considerar á estas dos afecciones como de origen distinto: en una y en otra hay, es cierto, inflamacion; pero esta en el crup es de naturaleza enteramente específica. Cuanto acabo de decir respecto á la laringitis simple, se aplica igualmente á la *laringitis estrídula*, que no es otra cosa, segun ya hemos visto, que una laringitis simple con accesiones muy violentas de sufocacion.

Despues de estas consideraciones, que importa mucho presentar, porque el modo de ver los hechos respecto á este punto tiene gran influencia en la práctica, voy á entrar en los detalles del diagnóstico diferencial.

Las enfermedades con las cuales puede á lo menos en ciertas circunstancias confundirse la laringitis seudomembranosa, tienen su asiento en la faringe, en la laringe, en la tráquea, en los bronquios, y segun algunas observaciones, en la glándula timo.

1.° *Enfermedades que tienen su asiento en la faringe.* Es raro que la *angina faríngea simple* adquiera una intensidad tan grande y produzca una dificultad de respirar tan considerable, que pueda ser posible el confundir esta enfermedad y la que nos ocupa: sin embargo, hay casos en que la gran tumefaccion de las amígdalas ocasiona cierto grado de sufocacion y una alteracion notable de la voz, cuyos accidentes se observan principalmente cuando la *amigdalitis* termina por un absceso. Pero no podrán atribuirse á la laringitis seudomembranosa si se considera que la sufocacion es mas continua, que no hay accesiones bien marcadas, que no se apaga la voz sino que se hace nasal y muy desagradable, que no hay tos, ó hay poca, y que

la tumefaccion considerable de las amígdalas fácil de percibir, esplica perfectamente la existencia de todos estos síntomas.

Si solo hubiese que comparar el crup con la *angina de la misma especie* limitada á la faringe, seria suficiente lo que acabo de decir; pero cuando se trata de estas dos afecciones se presenta una cuestion mas importante: *¿por qué signo se conoce si la inflamacion diftérica permanece limitada á la faringe ó ha penetrado en la laringe?* Se conoce por la gran sufocacion, por las accesiones, el silbido de la inspiracion, los golpes de tos, y la estincion de la voz que antes no existian, y además, segun los hechos de Gendron y Hache, por la prolongacion notable de la espiracion debida á la obstruccion de la glotis.

2.° *Enfermedades que tienen su asiento en la laringe.* A primera vista parece que debe ser fácil distinguir la *laringitis simple* de la seudomembranosa; pero cuando examinamos los hechos, no tardamos en conocer que este diagnóstico puede ofrecer grandes dificultades. Ya nos hemos ocupado muy pormenor de este punto en el artículo *Laringitis simple aguda*, y á él remito al lector, reservándome tan solo reproducir el diagnóstico en el cuadro sinóptico.

Tambien el crup falso merece que se le distinga con cuidado de la laringitis seudomembranosa, pero he espuesto ya igualmente el diagnóstico diferencial de estas dos enfermedades (pág. 228), y ya no volveré á ocuparme de este punto, limitándome lo mismo que para la laringitis simple, á trazar el resumen de este diagnóstico en el cuadro sinóptico.

He indicado cierto número de síntomas para distinguir el *edema de la glotis* del crup; pero distan mucho de tener todos igual valor. Veamos pues cuáles serán los que puedan guiarnos en el diagnóstico: 1.° El edema de la glotis es consecuencia las mas veces, segun lo ha demostrado Trousseau y Belloc (1) y mas recientemente Bricheteau (2), de alguna úlcera antigua de la laringe; asi pues los antecedentes servirán de mucho en estos casos. 2.° Cuando el edema de la glotis es el resultado de una inflamacion, se manifiesta ordinariamente en la convale-

(1) *Traité de la phythisie laringée*, p. 232 y siguientes.
(2) *Archiv. gén. de médecine*, 3.ª serie, 1841, t. XII, p. 314.

Digitized by Google

cencia de una enfermedad inflamatoria, como lo ha observado Bayle repetidas veces. 3.° La calentura es por lo comun menor en la laringitis edematosa, y los ganglios del cuello no se infartan ordinariamente. 4.° Finalmente, la voz es ronca y difícil, pero solo se nota apagada en los últimos momentos. En cuanto á los accesos de sufocacion no es cierto lo que se ha dicho de que no se presentan en el edema, pues quizás son mas marcados en esta enfermedad que en el crup.

3.° *Enfermedades que tienen su asiento en la tráquea y en los bronquios.* En la tráquea hallamos la traqueitis simple y la seudomembranosa. Indicaremos los signos distintivos de estas dos afecciones, que son mucho menos importantes que las anteriores, cuando llegue el caso de ocuparnos de su historia. Tampoco hablaremos ahora del *catarro sufocante*, bajo cuyo nombre y el de *asma de Millar* se han designado muchas enfermedades diferentes; pero estableceremos el diagnóstico de la laringitis seudomembranosa y de la *bronquitis capilar purulenta ó seudomembranosa*, tan perfectamente descrita en estos últimos tiempos.

Hé aquí, segun los hechos publicados por los observadores modernos, y en particular por Fauvel, cuya escelente tesis he tenido ya ocasion de citar, cómo pueden distinguirse estas dos afecciones: La disnea de la *bronquitis capilar general* es mas continua y mayor aun que la del crup; la respiracion es corta, rápida, anhelante, pero no va acompañada de silbido como en la laringitis seudomembranosa; la tos no es seca ni se estingue la voz, sino que conserva su timbre normal; cuando hay espulsion de falsas membranas se ven á veces ramificadas, como los bronquios, y por la auscultacion se oye en vez del silbido que oculta el ruido vesicular, una mezcla de estertores mucosos y sonoros que ocupan una gran estension del pecho. Resulta pues de lo dicho, que con un poco de atencion es fácil establecer el diagnóstico.

4.° Finalmente, el *asma tímico*, por los accesos de sufocacion que ocasiona, podria tal vez tomarse por una laringitis seudomembranosa; pero ya nos ocuparemos de este diagnóstico al hacer la historia de esta especie de asma hasta ahora poco conocido en Francia, y que por otra parte tiene solo una mediana importancia.

Digitized by Google

Paso pues inmediatamente al cuadro sinóptico del diagnóstico:

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del crup y de la angina tonsilar intensa.*

CRUP.	ANGINA TONSILAR.
Accesos de sufocacion.	Sufocacion *continua.*
Voz sorda, *apagada.*	Voz *nasal*, desagradable.
Tos ronca, seca.	Poca ó ninguna *tos.*
Amigdalas á menudo hinchadas y cubiertas de una falsa membrana, pero dejando aun paso libre al aire.	*Amigdalas* enormemente hinchadas, interceptando el paso del aire.

2.° *Signos distintivos del crup y de la angina faríngea seudomembranosa.*

CRUP.	ANGINA FARINGEA SEUDO-MEMBRANOSA.
Puede verse á veces la falsa membrana *que se prolonga hácia la laringe.*	Puede verse á veces una *superficie libre* entre la falsa membrana de las amígdalas y la laringe.
Voz *apagada.*	Voz *nasal.*
Tos *seca*, *ronca.*	Tos *nula* ó *húmeda.*

3.° *Signos que anuncian que la falsa membrana, desarrollada primero en las amígdalas, ha invadido la faringe.*

La *sufocacion* se hace en poco tiempo muy considerable.
Sobrevienen verdaderos *accesos.*
La *inspiracion* se hace *sibilante.*
Se *estingue la voz.*
Hay *golpes de tos seca.*
La *espiracion es prolongada.* (Gendron, Hache.)

Digitized by Google

4.° *Signos distintivos del crup y de la laringitis aguda intensa* (1).

CRUP.	LARINGITIS SIMPLE.
Espectoracion de esputos mucosos que contienen por lo comun pedazos de falsas membranas laríngeas.	*Espectoracion* de esputos mucosos, filamentosos y espumosos.
Inspeccion. Por ella se reconoce á menudo la presencia de las falsas membranas en las amígdalas.	*Inspeccion de la cámara posterior de la boca.* Nada de particular, ó solo una rubicundez ligera y tumefaccion de la epiglotis.

Hay casos en que este diagnóstico es sumamente difícil.

5.° *Signos distintivos del crup y del crup falso.*

CRUP.	CRUP FALSO.
Síntomas de la invasion mas ó menos graves.	*Síntomas de la invasion* muy ligeros.
En los *intervalos de los accesos* hay siempre síntomas alarmantes.	En los *intervalos de los accesos* desaparicion casi completa de síntomas.
Tumefaccion frecuente de los ganglios del cuello.	*No hay tumefaccion* de los ganglios linfáticos del cuello.
Por lo comun, espectoracion de *falsas membranas.*	No hay espectoracion de *falsas membranas.*
Existencia muchas veces de *falsas membranas* sobre las *amígdalas.*	No hay *falsas membranas* sobre las *amígdalas.*

6.° *Signos distintivos del crup y del edema de la glotis.*

CRUP.	EDEMA DE LA GLOTIS.
Antecedentes. Aparece en medio de una salud perfecta ó á consecuencia de un exantema.	*Antecedentes.* Aparece en el curso de una laringitis ulcerosa crónica, ó en la convalecencia de una enfermedad aguda cualquiera.

(1) En los artículos *Laringitis simple* y *Seudo crup* se ha presentado ya este diagnóstico y el siguiente; en atencion á su gran importancia no creo incurrir en una repeticion inútil, reproduciéndoles en un punto en que el lector debe esperar hallarlos. Solo haré esto con los diagnósticos indispensables.

Digitized by Google

Calentura notable.	Poca ó ninguna *calentura.*
Ganglios del cuello *infartados.*	No hay *infarto* de los *ganglios* del cuello.
Voz *apagada.*	Voz *ronca ó baja.*

7.° *Signos distintivos del crup y de la bronquitis capilar purulenta ó seudomembranosa.*

CRUP.	BRONQUITIS CAPILAR.
Disnea que se reproduce por accesos mas ó menos marcados.	*Disnea continua* intensa.
Inspiracion sibilante; respiracion que se ejecuta con esfuerzo.	*Inspiracion* poco ruidosa ó estertorosa; respiracion muy rápida, muy frecuente corta y anhelante.
Voz *apagada.*	*Timbre normal* de la voz.
Espulsion de *falsas membranas*, que tienen la forma de un tubo ancho, y mas á menudo en pedazos.	Espulsion de *falsas membranas* ramificadas. (Signo patognomónico, pero raro.)
Auscultacion. Silbido inspiratorio; debilidad del ruido respiratorio.	*Auscultacion. Estertores* mucosos y sonoros, abundantes y en general muy estensos.

El diagnóstico que acabo de presentar no tiene indudablemente, en cada una de sus partes, toda la precision que llegarán á darle las incesantes investigaciones que diariamente se estan practicando; pero me prometo que se ha de hallar en él la espresion fiel de nuestros conocimientos actuales.

Pronóstico. El crup es una de las enfermedades mas graves que amenazan á la infancia, y hasta puede decirse de una manera general, que es mortal cuando no se emplea contra ella un tratamiento enérgico. Sin embargo, los autores que mejor han estudiado esta afeccion, varian mucho respecto al grado de mortalidad que cada uno le atribuye, haciéndole subir unos hasta casi la totalidad de los casos, otros á la mitad y alguno tan solo á una novena parte. No me detendré en citar ejemplos, porque es evidente que la verdadera causa de estas variaciones está en el mayor ó menor número de laringitis estrídulas observadas al mismo tiempo que el crup, proposicion cuya verdad se halla perfectamente demostrada desde que se ha estable-

Digitized by Google

cido bien la diferencia que existe entre estas dos afecciones. Además es sumamente notable que en las verdaderas epidemias en que domina el crup, la mortandad ha sido siempre enorme.

Es pues inútil indagar si en los síntomas ó en curso de la enfermedad hay algunos síntomas favorables ó desfavorables. Mas adelante veremos cuál es la influencia de los diversos tratamientos.

Recidiva. Antes que un diagnóstico riguroso hubiese hecho distinguir la laringitis estrídula de la seudomembranosa, se consideraban como frecuentes las recidivas de esta última afeccion; pero desde entonces no se ha citado un solo caso auténtico, como lo hace notar Guersant, y Vauthier *(lug. cit.)* ha podido establecer por el exámen de un gran número de hechos, que el crup no ataca dos veces á un mismo niño. ¿Serán necesarias mas pruebas para decir que las recidivas citadas en los autores pertenecen á la laringitis estrídula? Asi pues, sin pretender que sean imposibles las recidivas del verdadero crup, puede decirse que no se han observado, ó al menos que la ciencia no posee hasta ahora ningun ejemplo.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la laringitis seudomembranosa es uno de los puntos mas importantes, pero al mismo tiempo mas difíciles de la terapéutica, y no porque no se hayan ocupado de él hombres de gran talento, sino porque ha habido muchas causas que de tal modo han complicado la cuestion, que ha sido imposible llegar á obtener resultados tan positivos como serian de desear en esta materia. Debemos colocar en primera línea la poca precision del diagnóstico, que solo la distincion establecida por Wichmann, Bretonneau y Guersant, entre la laringitis estrídula y la seudomembranosa han podido hacer desaparecer. En efecto, ¿cómo apreciar el valor de un medio terapéutico empleado indistintamente en una enfermedad que tiende naturalmente á curarse, como es el *crup falso*, y otra

Digitized by Google

casi constantemente mortal, cual es el *crup?* ¡Y aun que se pudiese siempre distinguir en los autores los casos mezclados de una y otra afeccion, de qué manera podriamos conocer su proporcion! Pero esto no es posible, y la falta de observaciones ó de los detalles mas importantes hace por lo comun infructuosa toda tentativa de este género. En segundo lugar, hay muy pocos casos en los que el tratamiento no sea muy complicado, y no quiero con esto hacer un cargo á los prácticos; porque ¿quién en una enfermedad tan terrible se atreve á privarse de un solo medio de cuantos tienen en su favor una esperiencia mas ó menos sólida? Pero no por eso deja de ser un gran obstáculo á las investigaciones terapéuticas esta multitud de remedios diversos puestos en práctica á un mismo tiempo. ¿A cuál despues puede atribuirse la curacion?

A fin de superar en lo posible tan inmensa dificultad, he procurado descubrir alguna luz por el estudio de las observaciones mas detalladas y cuyo diagnóstico está exento de toda duda. Hé aquí los resultados de mis investigaciones.

1.° *Antiflogísticos*. En todos tiempos se ha tratado el crup por las *sangrías* generales ó locales; pero este método curativo ha sido juzgado de muy diversos modos. En el siglo XVII, como lo hace notar Bretonneau, se tenia poca confianza en las emisiones sanguíneas, en razon á que se atribuia á la enfermedad un carácter séptico; pero mas tarde, y especialmente en el concurso que instituyó Napoleon, se preconizó la sangría como capaz de prevenir la formacion de la falsa membrana. Bricheteau, que ha resumido perfectamente bien el estado de nuestros conocimientos acerca del crup en la época en que escribia su *Compendio analítico*, cita gran número de autores que se han decidido en favor de este medio. En particular Caillau (*lug. cit.*, pág. 125) le considera como un medio *heróico:* «estoy, dice, firmemente persuadido de que si siempre se practicase á tiempo la sangría en la invasion del crup inflamatorio, seria capaz de *yugularle* en su orígen ó hacerle abortar.» Desessartz (*lug. cit.*, pág. 48) quiere que solo se recurra á la sangría cuando haya un obstáculo grande que dificulte la respiracion pulmonar. La opinion de estos autores y la de muchos otros que podriamos citar, apenas consiste mas que en simples aserciones. Delens ha citado casos en que se han hecho abundantes emisiones sanguíneas;

Digitized by Google

pero como al mismo tiempo se ha dado el tártaro emético á alta dosis, resulta que ha sido un tratamiento misto del cual nos ocuparemos mas adelante.

Si consultamos ahora los autores que no tienen confianza en este medio, ó que solo le recomiendan para casos escepcionales, hallamos el primero á Stearm, que asegura haber curado cuarenta y ocho de cincuenta enfermos sin haber sacado sangre; pero basta este número desproporcionado de curaciones para hacernos dudar de la exactitud del diagnóstico. Sigue despues Bretonneau, que primero tenia cierta confianza en la sangría, considerándola como capaz de oponerse á los progresos de la difteritis, pero luego se ha visto precisado á variar de opinion por haberse convencido de que en ninguno de los casos que ha observado pudo la sangría impedir la formacion de la falsa membrana, y especialmente en las epidemias que ha sido donde mas se ha convencido de la insuficiencia de este medio. Vauthier, fundándose en el exámen de los hechos que ha recogido, no duda asegurar que las emisiones sanguíneas son siempre perjudiciales.

Por el exámen que he hecho de gran número de observaciones, he llegado convencerme, lo mismo que Bretonneau, que la sangría, asi general como local, no es un medio curativo poderoso, y que no contiene de un modo manifiesto los progresos de la enfermedad. Mas combinado con otros medios ¿tiene por su parte alguna utilidad? Seria preciso para responder á esta pregunta haber analizado un número bastante considerable de hechos concluyentes, lo cual á pesar de los casos que refiere Vauthier, no es todavía posible. Limitémonos pues á decir, que probablemente la sangría tiene ventajas y obra calmando el movimiento febril, cuando se emplea en sugetos robustos y á quienes ha invadido el crup hallándose en completa salud. En efecto, no puede considerarse como una prueba convincente del peligro de las sangrías un hecho que cita Bretonneau (*lug. cit.*, pág. 223) y en el cual ha sucedido á una emision local abundante una pronta estension de la difteritis; porque este hecho aislado no tiene mas valor que el que ha citado Guersant en favor de las evacuaciones sanguíneas, y en el cual se ha curado un crup bien manifiesto, sin haber empleado mas medios que una simple sangría. No obstante, este último práctico es sóbrio

Digitized by Google

de la sangría, y apenas la usa mas que para prevenir los síntomas de asfixia en aquellos casos en que la disnea es desde el principio muy considerable.

Despues de estas consideraciones ¿debemos preguntar cuál sangría, la general ó la local, es mas útil en el crup? Es evidente que no puede satisfacerse á esta pregunta de un modo positivo, pues la edad y la fuerza del enfermo son las que ordinariamente guian al práctico en su determinacion; asi en un niño que pase de siete ú ocho años, que sea robusto y tenga grande opresion, se emplea con preferencia la sangría general, y en uno débil ó de corta edad, se recurre mas bien á las emisiones locales. Muy á menudo se empieza el tratamiento por una ó mas sangrías y se aplican en seguida sanguijuelas á la parte anterior del cuello: esta era la práctica de F. Home. No me ocuparé en determinar si la sangría general es mas eficaz, segun que se haga de la vena yugular ó de las del brazo, porque son enteramente insuficientes los hechos respecto á este particular.

Pero hay otra cuestion, que convendria mucho poder resolver. ¿Deben prescribirse evacuaeion sanguíneas muy abundantes que lleguen á causar á los enfermos una gran debilidad, y hasta lipotimias, ó bien conviene limitarse á hacer sangrías moderadas? Entre los médicos que se han decidido en favor de la sangría hasta el sincope, Bricheteau cita á Bailey, Lyons, Dick, Reil y Cruveilhier. Este mismo autor refiere un caso en que el enfermo casi se ha desangrado por la gran evacuacion que produjo una aplicacion de sanguijuelas, y se obtuvo la curacion en pocos dias: pero aun en este caso puede dudarse de la exactitud del diagnóstico, que no era entonces tan riguroso y preciso como lo es en la actualidad. En realidad no es posible resolver esta cuestion de un modo positivo, y solo podemos guiarnos por consideraciones generales. Si recordamos que la enfermedad que nos ocupa casi siempre se observa en niños ó en adultos debilitados por otra afeccion, debemos temer se aumente esta debilidad estrayendo una gran cantidad de sangre, tanto mas cuanto que dista todavía mucho de estar probada la eficacia de las emisiones abundantes. Por otra parte puede haber un peligro en esta conducta, aun haciendo abstraccion de que se agrave ó no la enfermedad, y si necesitáse-

Digitized by Google

mos una prueba la hallariamos en el caso de hemorragia mortal citado por Vieusseux (1).

Albers y Duntze han aconsejado la *arteriotomía*, y algunos prácticos que han seguido sus consejos citan casos de curaciones; pero aqui volvemos á la cuestion capital del diagnóstico, que pone en duda estos buenos resultados, y por otra parte no se refiere un solo caso en que el tratamiento se haya limitado únicamente á este medio.

Bricheteau considera á las ventosas escarificadas propuestas antes que por este autor por Caillau (*lug. cit.*, pág. 149), como un escelente medio poco usado en Francia; pero las mismas reflexiones son aplicables á esta proposicion, y eso que pertenece á uno de los médicos que mejor han estudiado el crup.

Asi pues, por cualquiera parte que miremos este punto importante de terapéutica, solo llegamos á obtener débiles probabilidades, resultado que no debe sorprendernos si atendemos á que el estudio de las cuestiones terapéuticas solo puede ser provechoso apoyándose en la observacion exacta y el análisis numérico de los hechos; y en cuanto al crup (si se esceptúa la cuestion de traqueotomía), no hemos salido de la antigua senda. Solo Hache ha tratado de averiguar de un modo conveniente la influencia de las diversas modificaciones; pero por desgracia los hechos que ha recogido son poco numerosos para que puedan dar resultados positivos. En este principio de estadística, que debemos desear vivamente que se continúe, no parece que las emisiones sanguíneas hayan tenido ninguna influencia favorable, cualquiera que haya sido su abundancia, y la época de la enfermedad en que se hayan practicado, lo cual concuerda con los resultados que ha obtenido Vauthier.

Emolientes, *dulcificantes*. Estos medios solo pueden colocarse en la clase de ayudantes, y aun asi se les da generalmente, y con razon, muy poca importancia. Consisten en una tisana dulcificante, cataplasmas al rededor del cuello (Jurine, Delens, etc.), fomentos emolientes y embrocaciones oleosas. Un gran número de prácticos, y entre ellos Jurine, recomiendan los *baños tibios* y hasta los de *vapor;* pero estos últimos medios

(1) *Journ. de méd.*, t. XII, p. 456.

Digitized by Google

tendrian sus inconvenientes si no se tuviese mucho cuidado de preservar á los enfermos de la accion del frio, y además podrian provocar accesos de sufocacion.

Vomitivos. En todos tiempos se ha recomendado el uso de los vomitivos en las anginas, y pocas observaciones hay en que estos medicamentos no desempeñen un papel importante. ¿Nos será á nosotros mas fácil determinar la parte que debemos concederles en las curaciones de crup confirmado que posee la ciencia? Esto es lo que va á decirnos el exámen de los documentos que los autores nos han suministrado.

Emético. Solo he hallado dos observaciones de crup con produccion evidente de falsas membranas (1) en las cuales se haya empleado por toda medicacion activa, ó bien el emético, ó el emético unido á la ipecacuana y á la aplicacion de cuatro sanguijuejas, lo cual no cambia sensiblemente la medicacion: estos dos casos han tenido un éxito favorable. En otros siete casos de curacion en que se ha dado el emético á dosis muy variables, se ha puesto en juego al mismo tiempo un gran número de medios, como los calomelanos, los purgantes, los vejigatorios, etc., de modo que es muy dificil apreciar su accion.

Sin embargo, hé aquí algunos resultados bastante notables que hemos obtenido examinando cierto número de hechos. En cincuenta y tres casos (2) se han empleado treinta y una veces como medicacion principal el emético y la ipecacuana, y se han obtenido quince curaciones, es decir, casi la mitad, mientras que en los otros veintidos casos en que se han dado los vomitivos con parsimonia, ha habido tan solo una curacion, diferencia enorme, y que á pesar del corto número de las observaciones, me parece algo mas que una simple coincidencia, y me hallo tanto mas inclinado á ver en ella una prueba de la eficacia de este medicamento, cuanto que mirando los hechos bajo otro

(1) Me veo precisado á hacer esta distincion á causa de los numerosos casos de laringitis estrídula que se hallan confundidos con el crup en las obras que se han publicado acerca de esta enfermedad.

(2) Véanse Double, obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; Lobstein, obs. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11; Rosen, obs. 6, 7, 8, 9, 10; Home, obs. 7, 8, 9, 10, 11; Terrade, obs. 1, 2; Blaud, obs. 3, 6; Poussin, obs. 1, 2, 3; Brousse, obs. 1, 2; Hastron, obs. 1, 2, 3; Ferrand, obs. 1, 2, 3, 4; Valentin, obs. 21; Deville, obs. 2; y Martin, Dancy, Schmidt, Léveque—Lasource, Gayot, Rogery, Saissy, Levrat, Ehrmann, etc., una observacion cada uno.

Digitized by Google

punto de vista, llegamos á un resultado que se acerca mucho al precedente. Entre los treinta y un enfermos que se han tratado por los vomitivos enérgicos, veintiseis han arrojado falsas membranas con los esfuerzos del vómito, y de estos quince, ó sea casi las tres quintas partes han curado: los otros cinco por el contrario no han arrojado un solo fragmento de falsa membrana, y todos han muerto. Quedan ahora los veintidos sugetos en quienes solo se han empleado los vomitivos con timidez y como medicacion secundaria; de este número dos han arrojado falsas membranas y uno de ellos se ha curado; los veinte restantes no han espelido pedazo alguno seudomembranoso y *todos han muerto*. Hé aquí unos hechos dignos de llamar la atencion, y á los que debe agregarse el que ha referido el profesor Forget (1), aun cuando el vomitivo administrado en este repetidas veces ha sido la ipecacuana, porque es evidente que el emético obra tan solo como vomitivo. En el caso que ha observado Forget, el vómito hizo arrojar fragmentos de falsas membranas, lo mismo que en los casos felices que acabamos de citar.

Las mismas reflexiones son aplicables á los hechos siguientes que refiere Nonat.

Nonat (2) cita tres casos de crup tratados con buen éxito por el tártaro estibiado repetido y por los calomelanos y las fricciones mercuriales al cuello y á las axilas. La dosis de calomelanos llegó á un gramo (20 granos) al dia, y las fricciones á 60 gramos (2 onzas). Todos los niños arrojaron falsas membranas por el vómito.

Pero no por haber estudiado de este modo la cuestion se ha llegado á adquirir una confianza tan grande en los vomitivos, y sobre todo en el emético, sino por la observacion de lo que sucede en el curso de la enfermedad. Habiendo visto que los esfuerzos del vómito, naturales ó provocados, han producido frecuentemente la espulsion de las falsas membranas, y observando la calma por mas ó menos tiempo, y á veces hasta efectuarse la curacion por esta espulsion, han llegado los autores á atribuir el éxito favorable á los vomitivos (3), y entre estos como el em-

(1) *Bull. gén. de thérap.* marzo de 1845.
(2) *Bull. gén. de thérap.* enero de 1844.
(3) Tealliér. *Del tártaro estibiado* etc., Paris, 1832, p. 297 y siguientes.

pleado con mas frecuencia ha sido el tártaro estibiado, á él naturalmente ha debido atribuirse el honor de la curacion. Todo pues nos induce á colocar al emético en el número de los medicamentos á que cuanto antes se debe recurrir. Debo, sin embargo, añadir que Hache que ha observado con mucha exactitud, no ha podido descubrir en los ocho casos cuya historia ha recogido, el menor signo de mejoría producida por el emético; pero este autor observaba en el Hospital de Niños, es decir, en medio de circunstancias higiénicas poco favorables, y asi es que estos casos negativos, aun cuando limitan la confianza que debe tenerse en el tártaro estibiado, no por eso destruyen los hechos positivos que dejamos citados. Por otra parte, Jousset ha observado en iguales circunstancias hechos mucho mas favorables al tratamiento por el tártaro estibiado y que vienen en apoyo de la opinion que dejamos admitida. Este profesor (1) refiere casos felices en los que el principal remedio ha sido el emético, y de los cuales en uno dice espresamente que ha habido espulsion de falsas membranas por el vómito, y en el otro no hace mencion de estos productos morbosos.

¿A qué *dosis* debe darse el tártaro estibiado? En las observaciones que tengo á la vista, esta dosis varía de 5 á 15 centígramos (1 á 3 granos) por dia, pero claro está que la consideracion de la edad debe entrar por mucho al decidir este punto. Hé aqui las dosis que podrán prescribirse:

De uno á tres años.

℞	Emético..................	5 centígram.	(1 g̃)
	Agua.....................	60 gram.	(℥ij)
	Jarabe...................	20 gram.	(ʒv)

Mézclese. Se toma una cucharada cada cuarto de hora.

De tres á seis años.

℞	Emético..................	10 centígram.	(2 g̃)
	Agua.....................	60 gram.	(℥ij)
	Azúcar...................	20 gram.	(ʒv)

Mézclese. Se toma como la anterior.

(1) *De la Bronchoton, etc.* (*Archiv. gén de méd.* 4.ª serie, 1844, t. V. p. 401.)

Digitized by Google

De mas de seis años.

Se aumenta hasta 15 centígramos (3 á 15 granos) la dosis de emético en la misma cantidad de vehículo.

No se debe suspender la administracion del medicamento porque se presenten los primeros vómitos, porque por lo comun la repeticion de estos es la que provoca la espulsion de las falsas membranas.

Uno de los autores que mas han proclamado el uso del emético á altas dosis ha sido Delens (1), y si hasta ahora no le he citado ha sido porque este práctico no emplea el emético solo, sino asociado á las emisiones sanguíneas abundantes. Vamos pues, á esponer su método.

Sangrías abundantes y emético combinados, *tratamiento de Delens*. 1.° Se aplican de dos á doce sanguijuelas, segun la edad del enfermo, á ambos lados de la laringe (el último número solo debe aplicarse en los adolescentes), y se deja correr la sangre por bastante tiempo para que provoque una debilidad considerable y hasta un verdadero desfallecimiento. Deben repetirse diariamente las sanguijuelas ínterin subsista el peligro.

2.° Al mismo tiempo que se aplican las sanguijuelas se dará el emético (2), ya á las dosis anteriormente indicadas, ó á otras mas altas, teniendo entendido que debe continuarse su administracion sin interrumpirla durante todo el curso de la enfermedad.

3.° Se rodeará el cuello de cataplasmas emolientes.

4.° Se aplican dos ó tres veces al dia dos medias lavativas de agua saturada de sal marina.

Despues de haber espuesto Delens el tratamiento que empleaba, en lo que era posible en la invasion misma de la enfermedad, añade que *ha tenido un éxito feliz en cinco casos en que le ha puesto en práctica*. Ya se comprende cuánto importaría conocer estas cinco observaciones para apreciar el valor del diagnóstico, poco riguroso en la época en que escribia el autor; pero aun cuando habia prometido publicarlas mas tarde, las he buscado inútilmente en la *Bibliotèque médicale* y en las demás colecciones, de modo que poseemos el método sin tener la medida exacta de su eficacia.

(1) *Bibl. méd.* t. LXVI, p. 75, 1820.

(2) Delens no indica las dosis.

Hufeland tenia la mayor confianza en el vomitivo, y hé aquí la fórmula que empleaba (1):

Pocion emética de Hufeland.

℞	Tártaro estibiado.........	5 centígram.	(1 g̃)
	Polvos de ipecacuana.....	1,25 gram.	(℈j)
	Jarabe de frambuesas....	15 gram.	(℥ß)
	Ojimiel escilítico.........	15 gram.	(℥ß)
	Agua destilada...........	30 gram.	(℥j)

Se toma una cucharadas de café cada cuarto de hora.

La fórmula empleada por Albers, de Bremen, es todavía mas complicada: vamos á ponerla segun se halla en el *Journal de chimie médicale:*

Fórmula de Albers.

℞	Alcanfor..........	25	centígram.	(5 g̃)
	Emético...........	5 á 10	centígram.	(1 á 2 g̃)
	Vino de ipecacuana.	2	gram.	(ʒß)
	Mucílago de goma arábiga.........	8	gram.	(ʒij)
	Jarabe de altea....	25	gram.	(ʒvj)
	Agua destilada.....	60	gram.	(ʒij)

Mézclese. Se toma á cucharadas de café cada cuarto de hora, ó cada media hora, segun los casos.

En los intervalos, se hará beber agua azúcarada ó una mezcla de agua y leche.

Pudiera multiplicar estas fórmulas, pero seria enteramente inútil. Es fácil observar que la sustancia que obra verdaderamente es el emético, y que la ipecacuana solo sirve de ayudante. En cuanto al alcanfor, Albers le usaba para combatir el supuesto espasmo; pero hoy que han cambiado las ideas respecto á este punto, se considera al alcanfor como enteramente inútil.

Para concluir cuanto tiene relacion con el uso del emético debo añadir que Delaroque (2) y Marrotte (3) han citado casos, si no de laringitis seudomembranosa confirmada, á lo menos de faringitis diftérica con tendencia á invadir la laringe, los cuales han cedido con prontitud á la accion del emético á altas dosis y administrado sin interrupcion.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.* t. III, p. 23.
(2) *Bulletin de thérap.*
(3) *Gazette médic.* enero de 1842.

Digitized by Google

Rara vez se ha administrado la *ipecacuana* solo como vomitivo, pues por lo comun, como hemos visto en las fórmulas que anteceden, se la asocia al emético, y Desessartz jamás ha omitido esta asociacion. Hé aquí la preparacion mas simple que daba este práctico, porque es inútil presentar la fórmula de su *jarabe contra la tos de los niños,* amalgama compuesta de muchas sustancias sin eficacia positiva:

Fórmula de Desessartz.

℞ Agua caliente............. 30 gram. (℥j)
Emético.................. 10 centígram. (2 g̃)
Miel blanca.............. 10 gram. (ʒiiß)

Mézclense estas sustancias, y añádase:

Ipecacuana reducida á polvo
impalpable.............. 6 decígram. (12 g̃)
Agua de flor del naranjo.... 4 gram. (ʒj)

Mézclese exactamente. Se conserva para el uso, y se agita la botella cada vez que se quiera emplear el medicamento.

Dosis. En los niños menores de un año... ½ *cucharada.*
De dos años................................... ¾ *de cucharada.*
De mas edad.................................. 1 *cucharada.*

Se repite esta dosis cada cuarto de hora hasta que la respiracion se efectúe con libertad.

Es evidente que no podemos atribuir á la ipecacuana ninguna virtud particular contra la enfermedad de que nos estamos ocupando.

Se ha asociado tambien á la ipecacuana el *quermes mineral* pero siempre á dosis demasiado cortas para que se le pueda conceder una grande accion. Me limiteré pues, á indicar la fórmula empleada por el doctor Dancy (1).

℞ Agua hirviendo........... 60 gram. (℥ij)

Se vierte sobre

Raiz de ipecacuana .... 8 decígram. (16 g̃)

Se deja infundir por espacio de veinte minutos, y se añade.

Quermes mineral......... 1 decígram. (2 g̃)
Jarabe de Tolú........... 15 gram. (℥ß)

Mézclese. Se toma á cucharadas cada cuarto de hora.

(1) *Journ. de méd.* t. XXI, p. 93, febrero de 1811.

Digitized by Google

Sulfato de cobre. Ya hemos tenido ocasion de hablar de este medicamento al tratar del crup falso, y ya entonces hemos hecho ver que el mayor número de los resultados obtenidos por su uso eran curaciones de laringitis estrídula: no obstante, hay algunos casos en que no es posible desconocer la existencia del verdadero croup, y que han tenido un éxito feliz tratados por el sulfato de cobre. Solo citaré como ejemplo la primera observacion de la Memoria de Droste (1), en la que está demostrada la espulsion de una falsa membrana arrojada en masa con el primer vómito provocado por el sulfato de cobre; y si recordamos lo que hemos dicho al tratar del emético, no debemos dudar que habiendo producido este resultado favorable el sulfato de cobre, haya contribuido en mucho á la curacion.

¿Pero el sulfato de cobre obra solo como vomitivo, ó posee al mismo tiempo una accion específica? La mayor parte de los médicos que le han usado admiten sin titubear la existencia de esta doble accion; y hé aqui como la esplica el doctor Frelitz (1): «en este momento (cuando está formada la falsa membrana) es cuando el vómito causado por el sulfato de cobre produce efectos milagrosos, no tan solo evacuando la linfa coagulada que acaba de ser exhalada y de acumularse en los bronquios, sino tambien obrando de una manera particular sobre la sensibilidad de los nervios de los pulmones y de la laringe, cambiándola, produciendo, por decirlo asi, una contrairritacion en el estómago y en los intestinos, y escitando una especie de crisis por los sudores, ó conteniendo el trabajo de la exhudacion.» Fácilmente se conoce que esta esplicacion podria aplicarse igualmente á los efectos de cualquier otro vomitivo enérgico, y que los fenómenos son los mismos cuando se administran altas dosis del tártaro estibiado. Pero lo que debe hacernos creer con Gittermann que el sulfato de cobre no obra en realidad de un modo específico, es que sus buenos resultados se han obtenido precisamente en las mismas circunstancias que los alcanzados por el tártaro emético, es decir, cuando se ha podido lograr, por medio del vómito, la espulsion del producto morboso.

Muchos prácticos alemanes, entre los cuales debemos citar á

(1) *Heidelbergische klinische Annalen*, 1834.

(2) *Journal de Hufeland*, traducido en el *Journal de méd. et de chir. prat.* t. II, p. 310, 1831.

Digitized by Google

Frelitz, Gerlo y Malin (1) adoptaron esta medicacion y la han ponderado mucho; pero por desgracia, como lo ha hecho notar oportunamente el redactor de los *Archivos* (t. VII, 2.ª serie, pág. 126), no se han analizado los hechos, ni se ha indicado el número de muertes y curaciones, de manera que es imposible poder apreciar este medio de un modo exacto. En Francia se cree que es peligrosa su administracion; pero como hemos dicho ya en la historia del crup falso, los hechos prueban que este temor es exagerado, porque limitándose á las dosis prescritas, jamás se ha observado que causase accidentes. Desde la época en que yo escribia estas líneas se han hecho en Francia varios ensayos, y citaré entre ellos los de Berenguier, cirujano del Hospital de Rabastens.

Este práctico ha publicado en el *Diario de medicina y cirugia de Tolosa*, año de 1846, una memoria interesante acerca del tratamiento del crup por el sulfato de cobre, en la que cita seis casos de curacion, cuyo diagnóstico no puede ponerse en duda, y por consiguiente comprueba los buenos resultados de esta medicacion.

Berenguier administra la sal de cobre á dosis vomitivas del modo siguiente:

℞ Sulfato de cobre sin eflorescencia. 20 centígram. (4 g̃)
Azúcar en polvo. .... 60 centígram. (12 g̃)

Fórmese un polvo homogéneo y divídase en dos papeles. Se disuelve un papel en una taza de porcelana con una cucharada de agua tibia, y se toma en el acto.

Si el enfermo no ha vomitado á los cinco minutos, se administra del mismo modo el segundo papel.

Se ha repetido este vomitivo en un niño de poca edad hasta doce veces, y sin ningun inconveniente.

Frelitz (*lug. cit.*, pág. 310) quiere que en el principio de la enfermedad se emplee el sulfato de cobre á dosis muy refractas, y que se espere para darle á dosis vomitiva, á que se forme la falsa membrana; Droste le prescribe por el contrario á esta última dosis desde el primer dia, lo cual no ha producido nunca el menor inconveniente. Se hallarán las dosis en las *prescripciones*.

(1) *Journal de Hufeland*, enero de 1834.

Digitized by Google

Sulfato de quinina. El doctor Puls (1) atribuye gran eficacia al sulfato de quinina, que administra en lavativas del modo siguiente:

℞ Sulfato de quinina......... 20 centigram. (4 g̃)
Calomelanos.............. 10 centigram. (2 g̃)
Azúcar.................... 2 gram. (3ß)

Se divide en cuatro papeles. Se pone uno en cada lavativa, que será pequeña.

Se administran las cuatro lavativas, las dos primeras con una hora de intervalo, y las otras dos pasadas una y dos horas.

Puede repetirse esta dosis, si es necesario, en las veinticuatro horas.

He leido con detencion las tres observaciones insertas en el periódico que acabo de citar, y no he quedado convencido de que fuesen verdaderos casos de crup; ó mas bien dicho, he hallado motivos para pensar lo contrario: baste decir aquí que no parece que se haya reconocido la garganta, que no ha habido espectoracion de falsas membranas, y que se observaron intervalos de perfecto bienestar.

Debo además añadir que se ha usado al mismo tiempo el jarabe de ipecacuana. Hay pues que esperimentar nuevamente este medio.

Purgantes. Un gran número de prácticos han empleado los purgantes mas ó menos enérgicos; pero estos medicamentos, que pueden ofrecer cierto grado de utilidad, nunca se han empleado solos, y asi no puede atribuírseles caso alguno de curacion. Son pues, un ayudante que ocupará su lugar en las prescripciones, y acerca del cual seria inútil entrar en mayores detalles.

Medicamentos á que se atribuye cierta virtud específica. *Sulfuro de potasa.* Este medicamento ha sido empleado con mucha frecuencia en la laringitis seudomembranosa y unas veces se le ha atribuido gran eficacia y otras se le han achacado verdaderos inconvenientes. Entre los numerosos autores que le han recomendado con mas calor, debemos citar á Lobstein y el profesor Fritze, de Magdeburgo (2), pero una conside-

(1) *Bull. gén. de thérap.*, setiembre de 1848.

(1) Véase su método (que es por otra parte muy complicado) en el *Journal de méd. et chir. prat.* t. II, p. 78. Me contento con añadir que emplea, al

racion general domina esta cuestion, ¿se ha demostrado por un diagnóstico riguroso que los casos tratados por esta sustancia eran de verdadero crup, de laringitis seudomembranosa? Despues de haber recogido con atencion las observaciones publicadas en diversos puntos, puede responderse con seguridad que en la inmensa mayoría de casos de curacion, por no decir en todos, la enfermedad era una simple laringitis estrídula. Asi pues, la gravedad aparente de la afeccion desde el principio, la grande intensidad de los síntomas locales sin fenómenos generales bien manifiestos, y la desaparicion por lo comun muy rápida de todos estos accidentes, circunstancias que se han hecho valer en favor del medicamento, deben por el contrario afirmarnos en la opinion que dejamos enunciada, sobre todo si consideramos que no habido espulsion de falsas membranas. De aquí se deduce precisamente el por qué todos los médicos que han fundado su diagnóstico en las investigaciones recientes, no han tenido motivos para felicitarse de la administracion de esta sustancia.

Por otra parte, el hígado de azufre no es, ni con mucho, un medicamento inocente, y sean cualesquiera las precauciones que para su administracion tomen los médicos que le prescriben, siempre temen su accion deletérea. Esta consideracion, unida á las anteriores, debe hacernos renunciar al uso de un remedio peligroso y que nada prueba su utilidad, hasta que vengan otras observaciones que nos suministren datos mas positivos acerca de su eficacia.

Tal era el juicio que yo habia formado de los hechos cuando publiqué la primera edicion de esta obra: desde entonces he podido tomar conocimiento de los que se mencionan en la obra de Barthez y Rilliet (*lug. cit.*, t. I, pág. 335), y debo decir aquí dos palabras acerca del particular.

Estos autores dicen que han visto en un enfermo volverse la tos húmeda y manifestarse una mejoría notable en cuanto se ha administrado el sulfuro de potasa. Noto además que, entre algunos casos semejantes que citan, hay cuatro de Maunoir, de

mismo tiempo que el hígado de azufre, las *lavativas de vinagre*, y fricciones al cuello con una mezcla de *ungüento mercurial* y un *linimento volátil*, teniendo cuidado de cubrir las partes untadas con un pedazo de franela.

Digitized by Google

Ginebra, y que tratados por este práctico han curado todos. En tres administró Maunoir:

℞ Looc blanco...... núm. 1.
Sulfuro de potasa. 60 á 90 centígram. (12 á 18 g)

Mézclese. Se toma en veinticuatro horas, y además algunos vomitivos.

La medicacion pues ha sido complexa.

En el cuarto enfermo, el tratamiento consistió únicamente en la administracion del sulfuro de potasa, cuyo caso seria el único concluyente. Pero el niño ¿ha tenido vómitos?

En mi opinion, los hechos referidos por un observador tan habil como Maunoir tienen gran importancia; pero ni son aun bastante numerosos, ni me parecen tampoco tan concluyentes que puedan hacernos variar de opinion.

Polígala. Otra sustancia que ha gozado tambien de gran reputacion es la *polígala del Senegal*. Este medicamento, puesto en uso primero por Archer, del condado de Hardfort, en el Maryland, ha sido muy pronto adoptado por multitud de prácticos; pero los esperimentos numerosos que se han hecho en todos los paises no son bastantes para convencer á un espíritu concienzudo y severo. Archer administraba al mismo tiempo que la polígala, los calomelanos, los diafóreticos, el *emético*, y por lo comun hasta empezaba el tratamiento por la sangría. Ahora bien, habiendo seguido á Archer todos los médicos que han hecho uso de este medio, ¿cómo probar la parte que le toca á la sustancia esperimentada? Puede leerse con este motivo las juiciosísimas reflexiones de Bricheteau (*lug. cit.*, pág. 406), que solo concede á la polígala del Senegal una accion semejante á la de las preparaciones escilíticas, bien diferente en esto de Caillau, que la coloca entre los medios heróicos.

Sin embargo, debe notarse que la polígala tiene una accion vomitiva y purgante bastante marcada, y que por este motivo se acerca al medicamento cuya eficacia hasta ahora nos ha parecido mas comprobada, es decir, al tártaro estibiado. Asi pues, Bretonneau ha reservado á la polígala un lugar en la medicacion interna de la difteritis, y la administra como para producir «una accion especial sobre la membrana inflamada de los conductos aéreos, cuya secrecion activa y modifica.» (*Lug. cit.*, pág. 241). Hé aquí como John Archer administraba la polígala

Digitized by Google

℞ Polígala del Senegal quebrantada. 15 gram. (℥ß)
Agua comun.................. 240 gram. (℔ß)

Se hierve en una vasija tapada, hasta que quede reducida á 120 gramos (℥jv).

Se toma á cucharadas de café, cada hora ó cada media hora, segun la intensidad de los síntomas.

Puede administrarse simplemente la polígala del modo siguiente, y hasta tiene asi una virtud emética mayor, en razon á que el agua sola disuelve imperfectamente su principio activo.

℞ Polígala del Senegal....... 20 centígram. (4 g̃)
Agua..................... 4 gram. (ʒj)

Disuélvase y adminístrese.

Sales alcalinas. Hablaremos muy poco de los medicamentos de esta especie, que apenas se usan en la actualidad, y que se han administrado con objeto de disolver la falsa membrana. Rechou empleaba el *subcarbonato de amoniaco* interior y esteriormente; pero esta sustancia, cuyo uso no está exento de peligro, ha sido pronto abandonada. Chamerlat (1) cita varios casos en que prescribió con buen éxito un gargarismo ó un colutorio hecho con el *hidroclorato de amoniaco;* mas como este tratamiento se aproxima á la medicacion tópica, nos ocuparemos de él mas adelante. Mouremans (2) ha referido un caso de curacion de laringitis seudomembranosa presentada en el curso de un sarampion, y que trató por el *bicarbonato de sosa.* No creemos necesario insistir en cuán insuficientes son estos hechos para servir de base á un juicio seguro; y todo lo que podemos manifestar es que la opinion general concede poca confianza á estos medicamentos. Hé aquí no obstante la fórmula de Mouremans.

℞ Bicarbonato de sosa........... 2,50 gram. (℈ij)
Agua de lechuga............. 120 gram. (℥jv)

Disuélvase y añádase:

Jarabe de moras............. 30 gram. (℥j)

Se toma una cucharada de café cada cinco minutos.

Preparaciones mercuriales. Manifestándose la accion del mer-

(1) *Journal de méd. de Corvisart,* t. XXVII.
(2) *Encyclop. de Sciences médic.,* 1839.

Digitized by Google

curio sobre la mucosa de la boca y de las fauces de una manera notable, se debió tratar desde luego de emplear esta sustancia en una enfermedad que tiene su asiento en la última de estas dos partes, y así es que casi todos los prácticos han recomendado mucho su uso.

Segun Bricheteau, Tomás Rond, de Filadelfia, pasa por haber sido el primero que ha dado los calomelanos en el crup, cuya práctica fue muy pronto adoptada no solo en América sino tambien en Europa. Entre los que se apresuraron á seguirla se distingue á Autenrieth por su confianza estrema en los calomelanos, y por las dosis considerables que daba de esta sustancia con objeto de hacer cambiar de asiento á la irritacion y llevarla á los intestinos. Vamos á examinar inmediatamente los hechos.

Calomelanos. ¿Hay algunos casos de crup verdadero curados solo por el uso de los calomelanos? No lo creo: aunque sin embargo, vuelvo á repetirlo, los prácticos mas distinguidos no han dudado en concederle uno de los primeros puestos entre las sustancias destinadas á combatir esta enfermedad. Me veo pues, en la necesidad de referirme á las opiniones de los autores, puesto que nada hallo en sus observaciones que pueda hacerme apreciar de un modo riguroso el valor del remedio.

Se han administrado principalmente los calomelanos con el el objeto de provocar un aflujo considerable de líquido hácia las fauces, y de hacer por este medio menos tenaz la falsa membrana y mas tardía su produccion. Para obtener este resultado es preciso darles á dosis refractas y poco considerables, limitándose, como lo recomienda Guersant, á la dosis de 25 á 50 milígramos ($1/2$ á 1 grano) cada media hora.

Este modo de administrar el protocloruro de mercurio no está exento de peligros, y esto lo ha demostrado Bretonneau (*lug. cit.*, pág. 196) hasta no dejar duda, por sus observaciones y sus esperimentos. Este autor ha visto que 15 centígramos (3 granos) de esta sustancia han producido la salivacion, y que 25 centígramos (5 granos) divididos en tres dosis iguales y tomados *en el espacio de seis dias*, ocasionaron, ademas de la salivacion, úlceras lardáceas en la boca, rebeldes durante muchas semanas á la terapéutica mas variada. Conviene pues, que el práctico esté bien prevenido acerca de la posibilidad de estos acci-

Digitized by Google

dentes á fin de que vigile con el mayor cuidado la accion del medicamento.

Lo que á mi parecer prueba que efectivamente el protocloruro de mercurio tiene estos inconvenientes cuando se le administra á cortas dosis, es que no se hace mencion de ellos en los escritos de prácticos que, como Physick, Autenrieth y J. Hamilton, usaban este medicamento á dosis altas. J. Hamilton prescribia las dosis siguientes:

A los niños de un año... 10 centígramos (2 granos) cada hora.
A los de dos años........ 13 centígramos (2½ granos).
A los de tres años....... 15 centígramos (3 granos).
Y asi sucesivamente.

Autenrieth ha llegado á dar 2 *gramos (36 á 40 gramos) en veinticuatro horas* á un niño de cinco años y medio.

Creo que es esta la ocasion de indicar el tratamiento del doctor Krauss, que contiene cierto número de medios de los que acabo de analizar.

Krauss (1) prescribe primero la pocion siguiente:

℞	Quermes mineral.........	60 centigram.	(12 ℊ)
	Sulfuro de potasa.......	75 centígram.	(15 ℊ)
	Jarabe de polígala.......	30 gram.	(℥j)
	Hidroclorato de amoniaco.	1,25 gram.	(℈j)
	Tintura de cantáridas.........		(2)

Se tomará cada media hora una cucharada de té, de esta pocion.

Mas tarde administra Krauss:

℞	Calomelanos.	40 centígram.	(8 ℊ)
	Azúcar blanca............	4 gram.	(ʒj)

Se divide en ocho partes y se toma una cada hora.

El autor afirma que con este tratamiento ha curado la mayor parte de sus enfermos; ¿pero no le habrá aplicado algunas veces al crup falso?

Miguel, de Amboise, (3) administra en los casos de crup, con angina diftérica ó sin ella, alternativamente ó de hora en

(1) *Traité sur le croup.*

(2) En el *Journal de méd. et de chir. prat.*, de donde he tomado esta fórmula, hallo 60 gramos (2 onzas) de tintura; pero esta cantidad es tan crecida, que puede ser una equivocacion y por eso la dejo en blanco.

(3) *Lettre adressée á Messieures de la Soc. méd. d' Indre-et-Loire*, Tours, 1849.

Digitized by Google

hora 10 centígramos (2 granos) de calomelanos, y 15 centígramos (3 granos) de alumbre, y atribuye principalmente á la intoxicacion mercurial los buenos efectos de este tratamiento.

Fricciones mercuriales. Por la misma razon que los calomelanos se han aconsejado las fricciones mercuriales, sin que nos sea posible decidirnos de un modo mas positivo acerca de su eficacia. Ordinariamente se practican á las partes laterales del cuello; pero el doctor Couch (2) las manda hacer en la parte interna de los muslos, con el objeto de producir pronto la salivacion, obrando sobre una superficie mas estensa. Cualquiera que sea el sitio que se elija, el método es el siguiente:

1.° *En un niño de un año:*

℞ Cerato simple.................. 2 gram. (5ß)
Ungüento mercurial............. 4 gram. (48̃)

Se hace una friccion durante dos minutos, que debe repetirse tres veces al dia.

2.° *En un niño de dos á cuatro años:*

℞ Cerato simple.................. 4 gram. (ʒj)
Ungüento mercurial............. 4 gram. (ʒj)

Mézclese. Para tres fricciones en las venticuatro horas y de tres minutos de duracion.

3.° *En un niño mayor de cuatro años:*

Se emplearán de 2 á 4 ó 6 gramos (1/2, 1 á 1 1/2 dracmas) de ungüento mercurial puro para cada friccion, pudiendo aumentar la dosis segun los casos.

El médico debe vigilar siempre el estado de la boca, á fin de prevenir, si es posible, una salivacion demasiado abundante.

Tópicos irritantes aplicados á la piel. Es raro que al mismo tiempo que se emplean los medicamentos anteriores, no se recurra á algunas aplicaciones irritantes á una parte mas ó menos distante del órgano enfermo, y algunos prácticos han concedido una gran importancia á estas aplicaciones, que voy á analizar rápidamente.

Vejigatorios. Uno de los que mas han elogiado este medio ha sido Desessartz. Segun este autor (*lug. cit.*, pág. 53) «el vejigatorio colocado al principio, despues de la segunda y tercera accesion, evitaria no tan solo los progresos de la enfer-

(2) *The Annals of med. and surg.* t. I, 1817.

Digitized by Google

medad, sino tambien su continuacion y recidiva.» Es muy de temer que Desessartz al escribir estas líneas solo tuviese á la vista casos de crup falso, porque si leemos con atencion las observaciones publicadas aun por los médicos que han dado al vejigatorio mucha importancia, no hallamos un solo caso en que pueda atribuirse á este medio la curacion. Sin embargo, el vejigatorio está generalmente adoptado, sin duda porque se ha creido que su accion debia favorecer la de los demas remedios. Entre los prácticos, cortos en número, que le rechazan, debemos citar á Couch (*lug. cit.*), que le considera como ineficaz, y por consiguiente inútil en un peligro inminente. En cuanto á Bretonneau, sin desecharle completamente, solo le concede una influencia limitada.

Se ha preguntado en qué punto debian aplicarse con preferencia los vejigatorios, y casi todos los prácticos han elegido el mas próximo al sitio del mal, y asi se pondrán en el cuello (á las partes laterales y en la nuca, á fin de dejar libre la region de la laringe, por si fuera preciso recurrir á la traqueotomía) y en la parte superior y anterior del pecho.

En general se procura mas bien multiplicar la accion del vejigatorio por medio de aplicaciones reiteradas, que producir una gran flictena, dejándole por mucho tiempo; hé aquí las precauciones que recomienda Bretonneau (*lug. cit.*, pág. 237 y siguientes).

Vexicacion superficial, procedimiento de Bretonneau. Preparado el emplasto epispástico en la forma ordinaria, se le da una capa de aceite bastante gruesa para disolver el principio irritante, pero no tanto que pueda correrse por la piel, porque entonces traspasaria la vexicacion los límites deseados. En seguida se le cubre con una hoja de papel de filtros, que se empapará en el aceite irritante, y luego se aplica todo al punto que se designe. A las seis ó siete horas ya se ha obtenido un efecto muy marcado, y no debe esperarse á que se forme la flictena, pues basta cierta rubicundez y una ligera movilidad de la epidermis. Si ya está formada la flictena, ó si se forma despues, lo cual es bastante frecuente, no debe abrirse toda ni levantar la epidermis, sino hacer picaduras pequeñas para que salga la serosidad, y curar por encima de la epidermis desprendida.

Estas precauciones, que á primera vista pueden parecer minuciosas, tienen sin embargo su importancia, porque ha habido

Digitized by Google

casos en que se han inflamado los vejigatorios, se han cubierto de falsas membranas y ha aumentado la gravedad del mal con el movimiento febril que necesariamente tienen que ocasionar.

¿En qué época de la enfermedad deben aplicarse los vejigatorios? La mayoría de los prácticos no los emplean hasta despues de las emisiones sanguíneas y de los eméticos, y á falta de una demostracion directa, creo que esta práctica es la mas prudente por las consideraciones que acabo de presentar.

Sinapismos, pediluvios sinapizados. En cuanto á los sinapismos, se lee en el precioso trabajo de Bricheteau (pág. 391) que Albers y Royer-Collard afirman haber salvado un niño cada uno por la aplicacion prolongada de sinapismos á los pies y á las piernas; pero se vuelve á presentar aqui la cuestion del diagnóstico, mas grave que nunca, y por otra parte no podemos apreciar lo restante de la medicacion, pues es mas que probable que estos prácticos no hayan limitado su tratamiento á la simple aplicacion de sinapismos. Debemos pues admitir con Bretonneau, que la accion de estos medios no guarda proporcion con la intensidad del mal que hay que combatir, y colocarlos entre los simples ayudantes. Lo mismo digo de los *pediluvios sinapizados.*

Antiespasmódicos y narcóticos. Antes de haber establecido bien la distincion entre la laringitis estrídula y la seudomembranosa, se ha debido considerar necesariamente á los antiespasmódicos como ventajosos, puesto que su efecto es calmar las accesiones de la primera de estas dos enfermedades: asi pues, no debemos admirarnos de que los primeros prácticos los hayan recomendado con mucho calor. Mas en la actualidad solo puede concedérseles un valor muy secundario, y por esta razon nos limitaremos á decir, que se han usado el *alcanfor*, *el almizcle*, *la asa fétida, el zinc*, *el eter,* etc., etc., remitiendo al lector al artículo *crup falso*, donde hallará los detalles de la administracion de estos medicamentos.

Sin colocar los *narcóticos* en la línea de los remedios importantes para el tratamiento del crup, creo no obstante que se los puede conceder un poco mas valor que á los antiespasmódicos, puesto que con ellos se consigue hacer menos imperiosa la necesidad de respirar y procurar á los enfermos un sueño mas tranquilo, efectos ambos cuyas ventajas creo inútil enumerar. El *opio*, el *estramonio* y la *belladona* son las tres sustancias que

Digitized by Google

deben usarse con preferencia, y cuyas dosis se darán en las prescripciones.

De algunos otros medicamentos propuestos por diversos autores. Si quisiéramos ocuparnos en particular de todos los medicamentos que se han puesto en juego contra la enfermedad que nos ocupa, tendriamos que entrar en detalles tan largos como inútiles. Dejo espuesto ya los principales, escepto la *cauterizacion* y la *traqueotomía*, y me contentaré con indicar las siguientes: las *lavativas con vinagre* recomendadas principalmente por Autenrieth, los *estornutatorios*, las *afusiones frias* cuya accion no se ha apreciado con bastante rigor, y que Barthez y Rilliet (1) solo aconsejan en los casos desesperados, la *quina*, el *galvanismo*, los *sudoríficos*, etc., etc. La medicacion del crup se halla ya bastante cargada para que vayamos á insistir en medios cuya eficacia es problemática.

MEDICACION TÓPICA.

Cáusticos líquidos. Corresponde á Bretonneau el honor de haber popularizado esta medicacion que en cierto número de casos ha tenido la ventaja, ó de contener los progresos de la falsa membrana hácia la laringe, ó de provocar su espulsion cuando no habia invadido este órgano, ó en fin, de modificar la inflamacion especial que caracteriza las laringitis seudomembranosas. Es indudable que se habian empleado antes de este autor ciertos tópicos irritantes en las enfermedades de la garganta de mal carácter; pero al demostrar Bretonneau que en gran número de casos la inflamacion diftérica se estiende de la faringe á la laringe, fue el primero que nos enseñó á contener los efectos de esta inflamacion atacándola en su orígen.

El primer cáustico que ha usado este célebre práctico ha siel *ácido hidroclórico*, y hé aquí los preceptos que da para su aplicacion *(lug. cit.)*:

1.° *Cauterizacion por el ácido hidroclórico, procedimiento de Bretonneau.* Se toma una esponja fina, que humedecida y bien esprimida despues debe tener, para un *adulto*, el volúmen de un huevo de paloma, la tercera parte menor para *un niño de diez años* y la mitad para los *menores de esta*

(1) *Traité des maladies des enfans*, p. 361.

Digitized by Google

edad. Esta esponja, crispada por la accion del ácido, y esprimida convenientemente, viene á quedar reducida á casi la mitad de su volúmen.

Se la fija en una ballena flexible, hediéndola en cruz (1) por su estremidad menor, é introduciéndola en la estremidad de la ballena, se la asegura bien con lacre (2).

Se calienta y reblandece al fuego la ballena, á fin de darle una corvadura que permita aplicar el cáustico á la cámara posterior de la boca sin tocar al paladar.

Hechos estos preparativos, se sienta al enfermo en una silla, ó bien en la cama, vuelta la cara hácia una ventana ó á la luz de una bujía: un ayudante sostiene la cabeza inclinada hácia atrás y la fija contra su pecho.

Se empapa entonces la esponja en el ácido concentrado, esprimiéndola despues de modo que quede simplemente humedecida (3) si se perciben en la faringe los límites de la falsa membrana; pero si ya no se alcanzan con la vista, se mezcla el cáustico con igual cantidad de miel y se empapa mas la esponja, á fin de que el líquido se estienda cuanto sea posisible sobre las partes afectadas.

En seguida se deprime la lengua con una cuchara cogida con la mano izquierda, y dirigiendo la esponja con rapidez á la cámara posterior de la boca, se cauteriza ligeramente, si el mal se limita á la faringe y si el ácido que se emplea es concentrado: pero si por el contrario la inflamacion diftérica ha invadido la laringe, es preciso tratar de introducir en la cavidad el cáustico debilitado, tomando al efecto las precauciones siguientes:

Se introduce la esponja por encima de la glotis levantando mucho la estremidad que se tiene en la mano, y en seguida se esprimen algunas gotas de líquido practicando un movimiento rápido de compresion sobre la base de la lengua. Se re-

(1) Chaucelay en la *Gaz. méd.* t. VII, p. 409.

(2) Me parece que seria mejor hacer una ranura circular en la estremidad de la varilla y fijar la esponja ó la ballena con un hilo encerado cubierto despues con lacre para que no le destruya la accion del ácido concentrado.

(3) Bretonneau toma esta precaucion para que en los movimientos convulsivos del itsmo del paladar, el líquido esprimido no estienda su accion mas allá del punto que se quiere cauterizar: de este modo es mal fácil dirigir y graduar la accion del cáustico, que debilitándole con diversas proporciones de miel.

Digitized by Google

pite esta maniobra tres ó cuatro veces seguidas á fin de derramar una cantidad suficiente de cáustico sobre la mucosa laríngea.

La cauterizacion se hará una ó dos veces al dia, segun los casos.

Bretonneau hace notar que si se repite la aplicacion del cáustico con cortos intervalos, puede producir una úlcera, que se cubre de una concrecion blanquecina y tarda mas ó menos tiempo en cicatrizarse. Conviene pues, tener presente la posibilidad de este accidente, á fin de no tomar esta úlcera por el resultado de la enfermedad, y no prolongar sin utilidad el tratamiento.

Nitrato de plata. Este cáustico es el que mas se emplea en la actualidad, y hasta por el mismo Bretonneau, como puede verse en la observacion de Charcelay. Guersant achaca á esta sustancia que produce por sí misma una falsa membrana, la cual en efecto parece que es de temer á primera vista. Pero si tenemos presente que en ninguna observacion se halla que esta falsa membrana accidental se haya desarrollado de un modo evidente y producido accidente alguno, nos tranquilizaremos acerca de los resultados de una cauterizacion que merece en efecto la preferencia que se le concede, tanto por su eficia como por su inocencia. En efecto, esta cauterizacion es superficial; el escedente del líquido se descompone muy pronto por las mucosidades, y su accion sobre la mucosa considerable para modificar la inflamacion, no lo es bastante para producir la desorganizacion, que siempre es temible que suceda con los ácidos concentrados.

2.° *Cauterizacion con el nitrato de plata.* El modo de aplicar este cáustico es el mismo que hemos descrito mas arriba, solo que como la esponja no le hincha, hay que elegir una menos gruesa. En cuanto á las *dosis* varían mucho en los diversos autores. Bretonneau y Charcelay *(lug. cit.)* han usado la siguiente en un adulto:

℞ Nitrato de plata................ 15 gram. (℥ß)
Agua destilada................ 45 gram. (℥jß)

Disuélvase. Se cauteriza dos ó tres veces al dia.

La cantidad de nitrato de plata ha sido en este caso, segun se ve, proporcionalmente considerable; pero por lo comun la

Digitized by Google

dosis que se usa es mucho menor, y asi es que Marrotte ha empleado la fórmula siguiente:

℞ Nitrato de plata....... 2 á 3 gram. (36 á 54 ℈)
Agua destilada........ 16 gram. (℥ß)

Disuélvase.

El práctico es el que debe graduar la fuerza del cáustico, segun el efecto que produzca.

Se han usado tambien otros muchos cáusticos, y entre ellos el *ácido sulfúrico* y el *nitrato ácido de mercurio*, los cuales obran como el ácido hidroclórico y deben aplicarse del mismo modo.

Cáusticos pulverulentos; cateréticos. Entre estos medicamentos debemos citar el primero al *alumbre*, adoptado por algunos prácticos con tanto entusiasmo, que han llegado á darle el nombre de *polvo anticrupal*. Ya Areteo, Carnevale y los autores del siglo XVI que cita Bretonneau habian recomendado esta sustancia; pero á este último es á quien se debe que haya entrado definitivamente en la terapéutica del crup.

Se emplea el alumbre bajo la forma de polvo y en insuflaciones, para las que ha inventado Bretonneau un instrumento, que ya hemos descrito antes de ahora (véase pág. 201) y que puede reemplazarse por un tubo de vidrio ó por una caña, como lo hacia Areteo (véase pág. 202). No debe obligarse á los enfermos á que hagan ellos las *aspiraciones pulverulentas*, como en la laringitis crónica, porque el crup es una enfermedad demasiado grave para permitírselo, y asi deben hacer la insuflacion ó bien el médico ó la persona que asista al enfermo. La insuflacion debe repetirse tres ó cuatro veces en el dia, empleando en cada una al menos *un gramo* (18 granos) de polvos de alumbre.

Bretonneau ha obtenido muchas veces buen éxito de la aplicacion del alumbre, cuando la falsa membrana no habia invadido aun la laringe; pero en estos casos no puede atribuirse únicamente la curacion á esta sustancia, porque al mismo tiempo se habian puesto en juego casi siempre otra porcion de medicamentos enérgicos. En los casos en que la falsa membrana esté todavía limitada á la faringe, se puede *tocar* las partes con el polvo de alumbre, sin emplear la insuflacion, para lo cual basta cubrir la estremidad del dedo humedecida de antemano con una capa gruesa de alumbre que se estiende en seguida con rapidez por la faringe. Tambien podria hacerse uso de una va-

Digitized by Google

rilla cubierta por su estremidad con un tapon de lienzo fino.

Pueden emplearse del mismo modo los *cloruros de cal y de sosa* secos y reducidos á polvo, pero deben hacerse las insuflaciones con alguna menos fuerza y disminuir la dosis del medicamento; 30 ó 40 *centígramos* (6 ú 8 granos) bastan para una insuflacion.

Preparaciones mercuriales. Los *calomelanos* son los que se usan con mas frecuencia entre los preparados del mercurio: puede tocarse directamente la faringe con esta sustancia cuando está limitada á esta parte la falsa membrana; pero cuando esta se estiende á la laringe, hay que recurrir á la una insuflacion. Se toma:

Calomelanos....................	1 gram. (18 g)
Azúcar en polvo................	20 gram. (3v)

Mézclense.

Para cada insuflacion se introduce en el tubo ó en el instrumento de Guillon como un polvo bueno de rapé, y se le empuja con fuerza á la cámara posterior de la boca, eligiendo siempre que sea posible el momento en que el enfermo hace una inspiracion, la cual arrastra el medicamento á la laringe.

Trousseau ha empleado igualmente el precipitado rojo á la dosis siguiente:

℞ Precipitado rojo....................	1 parte.
Azúcar cande en polvo.............	12 partes.

Mézclese exactamente. Se harán insuflaciones como queda dicho.

Cualquiera que sea la utilidad de estos medicamentos, solo pueden merecer una confianza muy limitada, porque no hay ejemplo de que hayan producido la curacion sin el concurso de otra medicacion activa; pues mientras que los demás remedios obran, sirven para limitar la inflamacion y modificarla, pero es dudoso que por sí solos basten para contener la enfermedad. Por otra parte, no debe olvidarse que tienen un valor muy diferente segun los casos, si por ejemplo, en una epidemia de crup se viese, como en un caso notable que cita Boudet *(lug. cit.)*, que la falsa membrana se estendia con lentitud de la faringe á la laringe, se debia recurrir á los cáusticos y á los cateréticos con tanta mas confianza, cuanto que en casos semejantes es, si no cierto, cuando menos probable que se ha logrado impedir que la enferme-

Digitized by Google

dad fuese mortal, fijándola en la laringe é impidiendo que se estienda á las vias respiratorias.

Resta aun otra cuestion: *¿cuál de entre estos medicamentos debemos elegir?* La respuesta es dificil, porque ningun autor ha indicado el valor terapéutico respectivo de estas diversas sustancias, omision por cierto demasiado frecuente. Todo cuanto puede decirse es, que una solucion concentrada de nitrato de plata llena bien todas las condiciones y ofrece menos peligros que los ácidos. ¿Pero cómo obran las preparaciones mercuriales? Esta es la pregunta que se ha hecho á Bretonneau acerca de los calomelanos, y que todavía no ha podido contestar. Sin embargo, no se halla distante de creer que los calomelanos obran únicamente como un medicamento tópico, cuando se los coloca directamente sobre la mucosa afectada, y la prueba es que se produce con mas facilidad la salivacion por las fricciones á la piel que insuflando esta sustancia. Estos son unos puntos oscuros que debemos tener poca esperanza de ver aclarados, porque en una enfermedad como el crup, en que es preciso obrar tan pronto y con tanto vigor, apenas es fácil detenerse á hacer esperiencias concluyentes.

Resumen, prescripciones. Antes de abordar la gran cuestion de la traqueotomía, vamos á resumir el tratamiento tan complicado que acabamos de esponer, y á establecer en algunas prescripciones el plan que se debe seguir en los diferentes casos.

Supongamos que es llamado el médico á asistir un niño ó á un adulto robusto, y en el cual parece que todavía la falsa membrana no ha invadido la laringe; el plan debe ser el siguiente:

PRESCRIPCION I.

En un sugeto robusto, estando la falsa membrana limitada todavia á la faringe.

1.° Para bebida, infusion de violeta, azucarada.

2.° *En un adulto.* Una sangria de 350 gramos (12 onzas), y 25 sanguijuelas á los lados del cuello.

En un niño de diez á doce años: sangría de 200 á 250 gramos (de 6 á 8 onzas), y 10 sanguijuelas.

En niños menores de esta edad: de 2 á 8 sanguijuelas segun la edad.

Digitized by Google

3.° Cauterizacion dos veces al dia con el ácido hidroclórico concentrado (véase pág. 293), ó mejor con una solucion fuerte de nitrato de plata (véase pág. 295).

4.° Fricciones mercuriales á los lados del cuello, empleando para *el adulto* el ungüento mercurial puro, y mezclándole *para los niños* con una tercera parte ó una mitad de cerato simple. Estas fricciones deben hacerse por mañana y tarde.

℞ Tártaro estibiado..........	10 centígram.	(2 ℊ)
Jarabe de ipecacuana......	32 gram.	(℥j)
Agua.....................	64 gram.	(℥ij)

Mézclese.

Esta pocion debe administrarse á cucharadas á los *adultos* y niños de mas de diez años, y á medias cucharadas en los de menor edad, renovándola en cuanto se concluya á fin de producir un vómito no interrumpido.

6.° Sinapismos á las piernas.

7.° Dieta absoluta.

Por estos medios empleados con frecuencia se ha logrado, á no dudarlo, preservar á los enfermos de la invasion de laringitis muy peligrosas, como me parece ha sucedido esto en los casos que cita Marrotte.

PRESCRIPCION II.

En un sugeto robusto y habiendo la falsa membrana invadido la laringe.

1.° Infusion de borraja, azucarada.

2.° Se aplicará un vejigatorio á cada lado del cuello, segun el procedimiento de Bretonneau (véase pág. 291).

3.° Sangría como en la prescripcion anterior, y ventosas escarificadas á la nuca.

4.° Emético como en la prescripcion anterior, ó bien:

℞ Sulfato de cobre...	10 á 15 centígram.	(2 á 3 ℊ)
Azúcar de leche...	1 gram.	(20 ℊ)

Se administrará esta dosis de una sola vez en un vaso de tisana.

Se dará despues cada media hora:

Sulfato de cobre.........	25 miligram.	(1/2 ℊ)
Azúcar de leche..........	50 centígram.	(10 ℊ)

Digitized by Google

hasta que sean completamente espulsadas las falsas membranas, y la respiracion quede enteramente libre.

5.° Cauterizacion como en el caso anterior, pero teniendo cuidado de esprimir bien la esponja contra la abertura superior de la laringe:

Insuflacion de los calomelanos dos ó tres veces por dia.

6.° Fricciones á la parte superior del esternon, con

℞ Calomelanos....................	4 gram.	(ʒj)
Manteca........................	20 gram.	(ʒv)

Mézclese.

7.° Sinapismos y dieta, como en la prescripcion anterior.

Hay casos en que á pesar del peligro el tratamiento no puede ser tan enérgico como cuando se asiste á niños de corta edad ó á sugetos debilitados por una enfermedad cualquiera, lo cual sucede demasiadas veces. Entonces se recurre á la prescripcion siguiente:

PRESCRIPCION III.

1.° Limitarse á las sangrías locales; aplicar de 2 á 12 sanguijuelas, segun la edad.

2.° Dar los vomitivos segun la fórmula de Desessartz (véase pág. 281).

3.° Fricciones mercuriales dos veces al dia, á la parte interna de los muslos (Couch).

4.° Administrar cada media hora, en una cucharada de tisana, los polvos siguientes:

℞ Calomelanos.....	25 á 50 miligram.	($^1/_2$ á 1 g̃)
Azúcar en polvo.	50 centígram.	(10 g̃)

Mézclese.

5.° Un vejigatorio á la parte anterior del esternon.

6.° Cauterizacion é insuflaciones de calomelanos como se ha dicho antes, ó bien hacer insuflaciones de alumbre en polvo muy fino.

7.° Dieta absoluta.

Solo he indicado en estas prescripciones la conducta que debe seguir el médico cuando es llamado á la cabecera del enfermo. ¿Será necesario decir ahora lo que se debe hacer en los dias siguientes? Indudablemente no; porque se debe insistir siempre en la misma medicacion, subordinándola, sin em-

Digitized by Google

bargo, al estado del enfermo, que solo el médico puede apreciar. Este es pues, el que debe ver si las fuerzas permiten que se repita la sangría, si debe renovarse y multiplicarse el vejigatorio, etc., etc. Pero hay un precepto general que puede darse sin temor, y es que la medicacion debe ser siempre muy enérgica y eminentemente perturbadora, porque la afeccion es de las mas graves.

No hemos hecho mencion en las prescripciones de muchos medicamentos, como el *sulfuro de potasa*, la *polígala del Senegal*, etc., porque no nos ha parecido útil en razon á que la eficacia de estos remedios necesita de nuevos hechos para estar perfectamente demostrada. Por otra parte, pueden consultarse los detalles que hemos dado mas arriba.

PRECAUCIONES GENERALES QUE SE DEBEN TOMAR EN LOS CASOS DE CRUP.

1.° Colocar al enfermo de modo que tenga la cabeza un poco mas elevada que el resto del cuerpo.

2.° Desembarazar el pecho y el cuello de todo lo que pueda comprimir estas partes.

3.° Mantener en la habitacion una temperatura suave, y preservar al enfermo de las corrientes de aire.

4.° Darle de beber á menudo para evitar la sequedad de las fauces, é introducir una gran cantidad de líquido en la economía.

TRAQUEOTOMIA.

Hemos llegado ya á una cuestion terapéutica de alta importancia, y que ha suscitado tantas discusiones antes de estos últimos años. Es necesario pues, que la examinemos en todos sus detalles.

La traqueotomía, como lo ha hecho notar Guersant, ha sido indicada desde la mas remota antigüedad en el tratamiento de las anginas graves, y Stoll no ha ido por cierto mas lejos que sus antecesores cuando solo (1) recomienda esta operacion en los casos de *angina inflamatoria* sin precisar mas el diagnóstico.

(1) *Apho. de cogn. et cur. feb.* Vind. 1786, af. 107 y 109.

Digitized by Google

Faltaba pues, aplicarla especialmente á los casos de crup, y pertenece este honor á F. Home, aun cuando este autor no ha tenido la idea de practicar la operacion con el objeto de arrancar la falsa membrana. Dice Home (*lug. cit.*, pág. 60): «Cuando está completamente formada la falsa membrana y ha llegado á cierto grado de consistencia, me parece imposible que ningun medicamento, tanto interno como esterno, pueda resolverla ó espulsarla de las vias aéreas, y el único medio que tenemos entonces de salvar la vida del enfermo, es intentar la *estraccion de esta membrana* haciendo una incision en la traquearteria.» Segun Home, han hablado otros médicos en el mismo sentido, pero faltaba poner en práctica lo que todavía no era mas que un consejo. Borsieri (1) citó un caso de operacion practicada por Andree en 1782 y seguida de buen éxito; pero despues de haber leido esta observacion, asi como la version que de ella ha dado el doctor Withe en 1784, no quedamos perfectamente convencidos de que haya sido un verdadero crup. En efecto, segun Locatelli, que habia comunicado á Borsieri todos los datos, solo salió un chorro de pus por la abertura de la tráquea, y no se descubrió despues el menor vestigio de falsa membrana. En cuanto á Withe, no hace mencion en su observacion de la existencia de la falsa membrana, presentando por otra parte de increible, que *el niño afónico antes de la incision de la tráquea, recobró una voz fuerte despues de esta incision.* No se necesita mas para que un hecho quede completamente desacreditado.

Cualquiera que sea la exactitud de este diagnóstico, la cuestion queda siempre indecisa, y la prueba se halla en la polémica que tuvo que sostener Caron en la época del gran concurso. Este autor habia practicado una vez la traqueotomía, aunque sin buen éxito; pero no por eso dejó de proclamar con ardor las ventajas de la operacion, y es bien sabido las contradicciones que halló por todas partes.

A pesar de estos preceptos, á los cuales no se obedecia, y á pesar de estos ensayos infructuosos ó desapercibidos, puede decirse que la traqueotomía aplicada á la laringitis seudomembranosa era una operacion nueva cuando Bretonneau se atrevió á practicarla, y obtuvo, despues de dos tentativas desgra-

(1) *Instit. med. pract.* Lipsiæ, 1798.

Digitized by Google

ciadas, que hubiera desanimado infaliblemente á un práctico menos audaz, un éxito brillante en un niño que iba á sucumbir. Desde entonces pudo decirse que Bretonneau acababa de dotar á la terapéutica del crup de un medio que podia arrancar á los enfermos de una muerte cierta. Me complazco tanto mas en hacer esta justicia á Bretonneau, cuanto que este autor célebre ha referido los hechos con una sencillez y una modestia poco comunes.

Desde entonces, tanto Bretonneau como otros muchos prácticos animados con su ejemplo, no han dudado ya en practicar la traqueotomía siempre que han creido que estaba indicada, y hoy posee la ciencia sobrados casos de resultados favorables para que sea necesario defender esta operacion mas que con la fuerza de los números. Las veces que se ha hecho con buen éxito en Francia son ya tantas, que puede decirse sin temor, que á esta operacion se debe la salvacion de un número casi igual de enfermos que á cualquiera de los otros medios. Esta proposicion sorprenderá sin duda á los médicos que tengan presente en su imaginacion el corto número de casos mortales que presentan Albers, Jurine, Vieusseux, etc.; pero no se debe olvidar que el diagnóstico de estos autores es poco exacto, y que por consiguiente es bien seguro que entra en sus numerosas curaciones un buen número de casos de crup falso, que ellos han tomado por verdadera laringitis seudomembranosa.

Por mi parte he reunido para ilustrar esta cuestion, primero, cincuenta y cuatro observaciones, en las que no habia la menor duda en el diagnóstico, porque estaba caracterizada la enfermedad por afonía, respiracion sibilante y espulsion de fragmentos membranosos ó existencias de estos en la laringe despues de la muerte, y he hallado diez y siete curaciones bien comprobadas sin operacion (1). En seguida, examinando lo que sucede en los casos de traqueotomía, he notado con Bricheteau,

(1) No es mi ánimo decir, y de ello estoy muy distante, que este número esprese la proporcion de las curaciones sin traqueotomía, porque todos sabemos que hay mucha prisa en publicar los casos de curacion, y que se pasan las mas veces en silencio los que terminan por la muerte. Pero no carecia de importancia el demostrar que las curaciones de laringitis seudomembranosas bien comprobadas son mucho mas numerosas de lo que creia Guersant, que llegó á decir (*lug. cit*) que las curaciones son muy raras en el segundo periodo y casi nulas en el tercero. He sido muy escrupuloso en la eleccion

Digitized by Google

que esta operacion tiene un éxito feliz casi *una vez de cada tres*, proporcion enteramente semejante á la que acabo de indicar.

Pero hay una consideracion todavía de mucho mas valor y que da mayor importancia á la traqueotomía, y es que en la inmensa mayoría de casos se ha practicado esta operacion en las circunstancias mas desfavorables, despues de haber agotado inútilmente todas las medicaciones, y cuando la gravedad de los síntomas y la inminencia de la asfixia anunciaban una muerte próxima. Ahora bien; ¿quién no conoce que una sola curacion en estas circunstancias tiene mucho mas peso que otro número mayor de curaciones obtenidas en casos en que se han podido emplear desde el principio todos los recursos del arte? De lo cual se sigue, que la traqueotomía en su aplicacion al crup, debe ser considerada como una verdadera conquista médica, cuyo honor pertenece á Bretonneau, y que todas las prevenciones deben ceder ante los hechos. Asi pues, no debe sorprendernos el ver que esta operacion ha llegado á hacerse muy frecuente en estos últimos años, y ha recibido la aprobacion de los mejores prácticos. Podria citar las curaciones obtenidas por Gendron, Senn, Petel, Maslieurat-Lagémard. Robert Latour (1), Morand, de Tours (2), Liccateau (3), Scoutetten (4), etc.; pero me bastará indicar el número de operaciones que ha hecho Trousseau y las curaciones que ha obtenido, para demostrar cuánto podemos esperar de la traqueotomía tan temida de nuestros antepasados. Solo Trousseau (5), el mas ardiente defensor de la traqueotomía, ha practicado esta operacion ciento diez y nueve veces, y puede

de estas observaciones, y voy á citar los autores de quienes las he tomado: Double, *Traité du croup*, obs. II, III, VI; Blaud, *Nouv. bibl. méd.*, obs. III, VI; Poussin, *Jour. méd.*, obs. III, t. XXII; Terrade, *id.*, obs. II, t. XXI; Brulatour, *Rev. méd.*, t. I; Deville, *Journ. gén.*, obs. II, t. CX; Hastron, *Thés.* París, 1828, *Gaz. méd.*, t. II; Charcelay (*lug. cit*). Debemos añadir á estos hechos los de Jousset, Vauthier, Maunoir, etc., de que he hecho mencion en este artículo.

(1) *Clinique des maladies des enfans*, t. 1, p. 285.

(2) *Recueil de la Soc. de méd. d' Indre-et-Loire*, 1846.

(3) *Gaz. médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 218.

(4) *Comptes rendus de l' Acad. des sciences*. p. 1844.

(5) *Véase* el dictámen de A. Berard á la Academia de medicina. (*Bull. de l' Acad. de méd.*, t. VII, p. 270). Desde que se ha escrito este dictámen, es bien seguro que no ha disminuido la proporcion de las curaciones obtenidas por la traqueotomía.

Digitized by Google

decirse que ha salvado la vida á veinticinco enfermos de los sometidos á ella (1).

No se crea sin embargo, que yo tengo una confianza ciega en la traqueotomía. Sé muy bien que hay casos en que está contraindicada, que puede ocasionar accidentes, y finalmente, que algunos médicos que han querido practicarla en circunstancias demasiado desfavorables se han colocado en una situacion muy falsa. Conozco tanto todo esto, que entraré mas adelante en todos los detalles necesarios respecto á este particular: pero lo que importa es que quede sentado que la traqueotomía, considerada de un modo general, es un medio sumamente precioso, y que por consiguiente debemos dar á conocer primeramente en sus mayores detalles todo lo que concierne á la operacion, reservándonos esponer en seguida las *indicaciones* y las *contraindicaciones* que pueden presentar los diferentes casos.

Supongamos pues, que se cree necesaria y perfectamente aplicable la operacion: veamos como debe practicarse (2).

Descripcion del procedimiento operatorio de la traqueotomía. Los instrumentos necesarios para esta operacion son: 1.° un bisturí recto ó convexo por el filo; 2.° una sonda acanalada flexible; 3.° un bisturí de boton y unas tijeras algo fuertes; 4.° pinzas y cordonetes para ligar (3); 5.° un *dilatador*, es decir, una especie de pinzas de curar, cortas, un poco curvas por el plano y cuyas dos ramas forman en sus estremidades un pequeño espolon prominente hácia fuera, que sirve para enganchar la cara interna de los labios de la herida hecha en la tráquea; 6.° cánulas de

(1) Esto se ha escrito en 1842, y no he hecho mas que añadir la indicacion de los hechos referidos por Robert-Latour, Moreau, etc. Desde entonces otros nuevos y en gran número han venido á confirmar esta proposicion, con la particularidad de que, mejor practicada la traqueotomia en el hospital de Niños, donde casi siempre habia tenido mal éxito, ha producido al fin buenos resultados, á pesar de las malas condiciones en que se hallan los enfermos. Trousseau ha hecho seis veces la traqueotomia en los dos últimos años (véase *Union médicale*, 9 de octubre de 1849), y han salido dos niños perfectamente curados.

(2) Tomo una gran parte de los detalles que voy á esponer de la Tésis de oposicion de Lenoir acerca de la *Bronquiotomía*, concurso de 1841.

(3) Aunque en el mayor número de casos es inútil la ligadura, como veremos mas adelante, es prudente tener preparada tambien esta parte del aparato, porque puede haber circuntancias en que el práctico tenga que felicitarse de esta precaucion.

Digitized by Google

varias dimensiones; 7.° escobillas; 8.° una solucion de alumbre, de nitrato de plata ó de potasa cáustica para tocar el interior de la tráquea despues de la operacion; 9.° por último, esponjas finas y agua templada. Se coloca en una bandeja todas estas piezas de aparato y se las cubre con un paño.

Es indispensable tener á lo menos tres ayudantes, de los cuales el primero colocado en frente del operador, está encargado principalmente de secar con la esponja, comprimir los vasos abiertos y separar los labios de la herida, oponiéndose de este modo á los accidentes de la hemorragia, á la sufocacion que puede producir el aflujo de sangre en la tráquea, y quizá tambien á la entrada del aire en las venas. El segundo mantiene fija la cabeza, y el tercero impide los movimientos de los miembros que podrian estorbar al operador. Convendria tambien tener un cuarto ayudante que vaya dando los instrumentos segun sean necesarios.

Preparado todo como queda dicho, se coloca al enfermo sobre una mesa cubierta con un colchon, el tronco un poco elevado y la cabeza inclinada hácia atrás, pero no demasiado, y tan solo de modo que quede en estension la region en que se va á operar. El operador se coloca al lado derecho, y cogiendo la laringe con la mano izquierda, tira de ella ligeramente hácia arriba para fijarla y estender un poco la piel, y en seguida hace con el bisturí y en la línea media una incision que se estienda desde el borde inferior de la laringe hasta el superior del esternon, cortando con precaucion, pero en una ó dos veces á lo mas, la piel y la aponeurosis cervical superficial. Si los músculos esternohioideos que quedan entonces puestos al descubierto estan separados por una línea celulosa, se debe penetrar por este punto; pero si por el contrario estan como sucede en algunos casos, unidos de modo que no forman mas que un solo músculo, no debe dudarse en cortar las fibras musculares por la línea media. *En ningun caso* hay necesidad de dar á esta segunda incision *la misma estension que á la de la piel*. Se continúa descubriendo y separando del mismo modo los músculos esternotiroideos, se restaña la sangre con una esponja fina, y por medio del dedo introducido en el fondo de la herida, se busca la tráquea, procurando asegurarse hasta donde sea posible de si hay ó no delante de este órgano alguna de esas anomalías arteriales

Digitized by Google

tan frecuentes en esta region. Asegurado ya el operador respecto á este punto, coloca el dedo por debajo del sitio en que quiere empezar la incision de la tráquea; sigue con él todos los movimientos del órgano, y dirigiendo en fin la punta del bisturí á lo largo del borde cubital, introduce el instrumento en la tráquea. Hecho esto, inclina con rapidez el mango hácia abajo y atrás, dirige el filo hácia arriba y termina de este modo la incision que debe comprender cuando menos los cinco primeros anillos de la tráquea. Inmediatamente despues se hace inclinar al enfermo hácia adelante, se toma el dilatador, se apartan con este instrumento los labios de la herida, y al momento se restablece la respiracion; la tos y la espectoracion desobstruyen la tráquea, se detiene la hemorragia, y ya solo falta conservar al aire un paso libre y fácil.

Tal es el procedimiento operatorio mas generalmente adoptado en la actualidad, el cual sin embargo, ha suscitado discusiones acerca de algunos puntos, y sufrido objeciones bastante importantes que merecen que nos detengamos á examinarlas.

¿Cuales son en primer lugar los peligros de la hemorragia? Y en caso de que sobrevenga ¿se debe practicar la ligadura de los vasos para contenerla? Es sabido que son muy numerosas las venas y las arteriolas que hay que dividir forzosamente en todos los casos, y que las primeras dan mucha sangre á causa de la detencion del círculo sanguíneo. En el temor pues, primero de que la hemorragia sea escesiva, sobre todo en los jóvenes, y segundo de que la sangre se introduzca con demasiada violencia en el conducto aéreo al momento de su abertura, muchos cirujanos creen que es necesario ligar los vasos segun se vayan cortando, y otros por el contrario, y entre estos debemos citar principalmente á Lenoir, Trousseau y A. Berard, quieren que se desprecie enteramente la hemorragia, y que se salven estos inconvenientes con la rapidez en la operacion. Estos últimos tienen en su favor los hechos mas numerosos y concluyentes, y todos los raciocinios se estrellan contra este género de pruebas: ellos han observado que la hemorragia se contiene por sí misma desde el momento en que abierta la tráquea se restablece la respiracion, bastando para ello el hacer sentar inmediatamente al enfermo. Es cierto que puede entrar cierta cantidad de sangre en la tráquea; pero los esfuerzos de la tos bastan para espelerla pronto,

Digitized by Google

sin que haya necesidad de emplear el medio puesto en práctica por Roux que, despues de haber introducido una sonda en el conducto aéreo, aspiró el líquido que le obstruia. Asi, nadie duda que son exagerados los temores de los que se alarman por la hemorragia en esta operacion.

Pero hay una circunstancia que podria cambiar enteramente la conducta del operador, y es la existencia de una anomalía arterial delante de la tráquea. Hé aquí cómo se debe obrar en semejantes casos:

Conducta del cirujano en los casos de anomalía arterial. Si se encuentra delante de la tráquea un vaso arterial grueso, se le debe separar al instante de la accion del instrumento y dirigirle hácia un lado, y si no es posible conseguirlo, es necesario modificar sin vacilar el método operatorio y hacer la laringotraqueotomía en vez de la traqueotomía.

Pero por desgracia solo se conoce las mas veces la existencia de la anomalía cuando la arteria está ya dividida. En estos casos, si la fuerza y el grosor del chorro de sangre son tan considerables que no puedan dejar duda de la division del vaso, se debe ligar inmediatamente este, no tan solo por el estremo inferior, sino tambien por el superior, continuando en seguida la operacion como en el procedimiento ordinario.

Igual conducta debe seguirse cuando la hemorragia depende de la division de un tronco venoso considerable.

A fin de evitar algunos de los accidentes de que se ha hecho mencion, Recamier ha ideado hacer la operacion en dos tiempos separados por un intervalo de una ó dos horas, y constituyendo el segundo tiempo la incision de la tráquea; pero no ha sido adoptada su modificacion, cuyos inconvenientes son bastante obvios, especialmente cuando se trata del crup en que es tan necesaria la prontitud en la operacion.

Instrumentos para fijar la tráquea. Atendiendo algunos cirujanos á la dificultad que los *movimientos de la tráquea* oponen á su incision, han inventado instrumentos para mantener este órgano fijo. Solo haré mencion del de Bauchot, que consiste en una media luna destinada á abrazar la parte anterior de la tráquea y sostenerla fija.

Pero en la actualidad no se hace uso de estos instrumentos, y se prefiere, como ya hemos dicho al describir la operacion,

Digitized by Google

guiarse por el dedo que sigue los movimientos de inspiracion y espiracion, en lo cual, segun Lenoir, se halla además una ventaja, porque el operador puede aprovecharse de la prominencia y del movimiento de abajo arriba que hace la tráquea en cada inspiracion, para dividir las partes que la cubren y hasta para dar principio á su incision.

Dilatacion de la abertura traqueal. Si no se ha hecho al primer corte una *abertura suficiente*, se introducirá con rapidez ó bien un bisturí de boton, con el cual se cortarán algunos anillos cartilaginosos mas, ó bien una sonda acanalada flexible por la que se correrá con el mismo objeto un bisturí puntiagudo.

Finalmente, algunos prácticos han aconsejado para evitar toda *desviacion* del instrumento, hacer un pliegue trasversal en la piel, que se corta en seguida de un solo golpe, ó marcar con una línea negra la direccion que debe seguir la incision; pero estas precauciones minuciosas carecen de toda ventaja positiva para un operador que debe saber dar direccion á su instrumento.

Dilatacion despues de la operacion. Hé aquí los preceptos que da Trousseau acerca de este punto importante:

Luego que se ha hecho la incision, se precipita la sangre en los bronquios, por lo cual se hace la respiracion todavía mas dificil, y en vez de contenerse la hemorragia venosa, corre por el contrario la sangre con mas fuerza. En el mismo instante se debe tomar el *dilatador*, que se introduce cerrado entre los labios de la herida de la tráquea, y cuando ya ha penetrado, se le abre moderadamente acercando al mismo tiempo los anillos. Esta maniobra, que parece tan fácil, exige no obstante cierta destreza, y muchas veces, dice Trousseau, que le ha sucedido á él mismo meter la estremidad del instrumento entre los músculos ó introducir tan solo en la tráquea una de las ramas. *Es necesario*, recomienda el mismo autor, *proceder con lentitud y penetrar lo mas profundamente que sea posible.* Bien colocado ya el dilatador, el aire penetra fácilmente, se espectoran la sangre, las falsas membranas y las mucosidades, y la respiracion se hace ordinariamente con facilidad. Se deja el dilatador en la tráquea mientras dure el síncope que sigue por lo comun á la operacion y hasta que se introduzca la cánula. Nunca se debe colocar esta hasta que pasen diez ó veinte minutos de la operacion, y

Digitized by Google

despues de haber limpiado la tráquea y los bronquios y cauterizado la membrana mucosa que los cubre.

Cuidados consecutivos á la operacion. Abierto ya paso al aire, y restablecida la respiracion próxima á estinguirse, es necesario atender á los medios de conservar esta funcion en toda su integridad. Se consigue esto impidiendo que se obstruya la abertura hecha en la tráquea, para lo cual se han propuesto varios medios que voy á analizar, empezando por las diversas cánulas que son las que mas generalmente se emplean.

La cánula destinada á dar una entrada libre al aire es un instrumento muy antiguo; pero sin tratar de remontarnos á su orígen, indicaremos las que han adoptado Bretonneau y Trousseau, en razon á ser las mas generalmente usadas, y solo hablaré ligeramente de las que han propuesto otros médicos modernos.

De las cánulas. Este instrumento debe ser de metal á fin de que sus paredes puedan ser á la vez delgadas y resistentes: las mejores son de plata. Su figura, segun Bretonneau, es la de un tubo ligeramente encorvado y cortado á visel por sus dos estremidades, de modo que el lado mas corto sea el cóncavo. Mas tarde ha inventado Bretonneau una cánula en forma de caña de bota y compuesta de muchas piezas que encajan las unas en las otras. Pero la que por lo comun se usa es la cánula corva adoptada por Trousseau.

Estas cánulas, para llenar completamente su objeto, deben tener una corvadura correspondiente á un círculo de unos 8 centímetros (3 $^1/_2$ pulgadas) de diámetro, con cuyas dimensiones la cánula se apoya por toda la estension de sus dos caras anterior y posterior sobre la mucosa traqueal, y su estremidad inferior no comprime el órgano ni por delante ni por detrás. Si el instrumento tuviese una abertura pequeña ó escesiva, además del inconveniente que acabamos de indicar, tendria otro mas grave aun y mas temible, la insuficiencia de la respiracion ocasionada por la falta de paralelismo entre el tubo artificial y el conducto natural en que se halla introducido.

Antes de Bretonneau se hacian las cánulas de poco calibre, y este mismo práctico en sus primeras operaciones empleó cánulas estrechas; pero habiendo visto que eran insuficientes para la respiracion, no dudó en atribuir la mayor parte de los malos

Digitized by Google

resultados á esta insuficiencia ; asi era en efecto , porque desde que se emplean cánulas de gran diámetro, es cuando se han obtenido las numerosas curaciones que hemos citado antes de ahora. Segun Trousseau , puede juzgarse en general que es suficiente la abertura de la cánula cuando en una gran inspiracion no es mayor el ruido que ocasiona la entrada del aire del que produce en la laringe en estado sano. Hé aquí , segun sus observaciones, el término medio de las dimensiones que debe tener el instrumento segun las edades:

	Abertura anterior.	Abertura posterior.	Corvadura mayor.	Corvadura menor.
Hombre de estatura regular.	0,015^{m}	0,012^{m}	0,065^{m}	0,050^{m}
Muger de estatura regular...	0,013^{m}	0,011^{m}	0,060^{m}	0,045^{m}
Niño de ocho á doce años...	0,012^{m}	0,009^{m}	0,055^{m}	0.040^{m}
» de cinco á ocho años...	0,011^{m}	0.008^{m}	0,050^{m}	0,036^{m}
» de dos á cinco años....	0,010^{m}	0,007^{m}	0,045^{m}	0,035^{m}
» de menos de dos años..	0,009^{m}	0,005^{m}	0,042^{m}	0,033^{m}

El médico, á quien no le sea fácil proveerse de instrumentos en el acto que los necesite, debe tener una coleccion de cánulas de estas diversas dimensiones.

Introduccion de la cánula. Esta parte de la operacion merece algunos detalles , porque es fácil que el práctico se halle detenido desagradablemente por las dificultades que se presentan á veces en una maniobra al parecer tan sencilla.

Procedimiento de Trousseau. Se colocan en la abertura de la tráquea los bocados reunidos del *dilatador*, y mientras que con la mano izquierda se aproximan sus ramas , movimiento que ocasiona la separacion de los bocados, se desliza por entre estos la cánula sostenida con la mano derecha, teniendo gran cuidado en hacer que el instrumento describa una curva análoga á la que él mismo representa , y empleando solo un mediano esfuerzo á fin de no introducir la cánula por entre el cuerpo tiróides y la tráquea , y de no empujar la mucosa traqueal.

Procedimiento de Gerdy. Se introduce en la cánula una sonda de goma elástica , y se dirige la estremidad de esta á la tráquea, en donde penetrará fácilmente; en seguida se desliza la cánula por este conductor y de este modo se coloca sin difi-

Digitized by Google

cultad ni temor de que se desvie. Este procedimiento es muy sencillo y ofrece muchas ventajas.

Fijacion de las cánulas. Las cánulas tienen un borde en su abertura esterior que impide que penetren en la tráquea, y en este borde dos anillitos en cada lado, por los cuales se pasan antes unas cintas ó cordonetes que se atan despues detrás del cuello, bastante apretados para que el instrumento quede fijo, pero no tanto que puedan ejercer una compresion que dificulte la circulacion venosa.

A pesar de todas estas precauciones, puede suceder que sea espulsada la cánula, cuyo accidente puede ser bastante grave para producir una muerte rápida, como lo ha visto en tres casos Trousseau, y que es sobre todo peligroso cuando hay una tumefaccion inflamatoria considerable y los tejidos ingurgitados amenazan tapar la abertura artificial. Asi el cirujano debe estar siempre pronto á volver á colocar en su sitio el instrumento, y entonces es cuando conocerá la importancia de los preceptos que hemos dado mas arriba para introducir las cánulas, porque esta introduccion puede ser á veces muy difícil.

Hay otra circunstancia que hace tambien difícil la permanencia de la cánula, y es el desinfarto de los tejidos despues de su tumefaccion inflamatoria; en efecto, en estos casos sobresale mucho la estremidad esterior de la cánula, y se sale el instrumento con la mayor facilidad. Trousseau ha mandado construir para obviar este inconveniente:

1.° Una cánula con un tubo de prolongacion como un telescopio, que puede entrar cuanto se quiera, y que acortando por este medio con facilidad la cánula, puede servir esta durante todo el tratamiento. 2.° Cánulas mas cortas cortadas á visel por la parte inferior de su cara convexa, las cuales solo pueden emplearse despues del desinfarto de los tejidos, pero que tienen la ventaja de permitir que las mucosidades choquen con la laringe, lo que segun Trousseau, puede desprender los fragmentos de falsas membranas que estan todavía adheridos (1).

De los dilatadores. Las cánulas, como queda dicho y

(1) Se hallará un dibujo de estas cánulas en el *Journal des conn. méd-chir.*, setiembre de 1834, núm. 1, t. II, p. 7.

Digitized by Google

como veremos aun mas adelante, ofrecen inconvenientes que no es posible negar, lo cual ha inducido á algunos prácticos á hacer permanente un instrumento que Trousseau emplea solo temporalmente: hablamos del *dilatador*. Gendron es uno de los que mas ha insistido para hacer que se adopte este instrumento, que aplica del modo siguiente:

Dilatadores de Gendron. Son de varias formas, pero en general se puede decir que consisten en una especie de pinzas sin ramas, cuyas estremidades se separan por medio de un tornillo. Estas estremidades planas y encorvadas dos veces en el sentido de su latitud, se introducen unidas en la tráquea, y luego se van separando poco á poco á beneficio del tornillo. Gendron ha inventado tambien otros que tienen solo una corvadura, y que es necesario fijar con un hilo alrededor del cuello. No insisto mas en estos dilatadores, porque son poco usados y aumentan el arsenal quirúrjico.

Morand, de Tours, que prescribe el uso de las cánulas, emplea un *dilatador de resorte y birola* y cubre la abertura con una gasa mojada para que el aire aspirado sea menos seco.

C. Bell ha querido usar como dilatador un simple *alambre* torcido de modo que dejase cierta separacion entre sus dos ramas y que se introdujese por su convexidad por la abertura hecha en la tráquea; pero es sumamente difícil mantenerle aplicado.

Las cánulas bivalvas, como las de Moreau (1) tienen, lo mismo que el dilatador de Gendron, el inconveniente de permitir la salida por entre sus ramas á las partes blandas de los bordes de la herida, y asi no se han adoptado.

Finalmente, Maslieurat-Lagémard (2) ha inventado un dilatador de gancho doble, sumamente sencillo, y como dice Blandin, al alcance de todo el mundo; pero todavía es mas sencillo el que ha empleado este práctico en un caso de curacion y antes de haber inventado su dilatador.

No teniendo ningun instrumento á su disposicion, tubo la ocurrencia de encorvar *dos alfileres* en forma de gancho, y clavando uno á cada lado de la tráquea, despues de haber

(1) *Gaz. méd.*, t. III, 1835.
(1) *Bulletin de la Acad. de méd.*, 1841, t. VII, p. 172.

Digitized by Google

atado un cordonete á sus cabezas, sujetó los dos cordonetes detrás del cuello de modo que ejerciesen una traccion por ambos lados de la herida de la tráquea. A los dos dias habia producido esta traccion una separacion que ha continuado despues de quitados los alfileres, y no ha vuelto á interrumpirse la respiracion hasta el completo restablecimiento del enfermo.

Aconsejamos al práctico que no eche en olvido un medio tan sencillo.

Garin (1) ha hecho graves objeciones al procedimiento ordinario de la traqueotomía; porque dice que tiene el defecto de esponer á abrir el plexo venoso tiroideo y la arteria tiroidea, asi como á la asfixia causada por el derrame de sangre; y le acusa además de qué recomienda un método vicioso para mantener aplicada la cánula.

Para evitar estos inconvenientes, propone practicar la cricotraqueotomía, á lo menos en los niños, emplear un traqueotomo de su invencion (véase su descripcion, *lug. cit*), y en fin, sustituir la cánula por un *collar de ganchos*, igualmente de su invencion, el cual es un dilatador perfeccionado.

Las investigaciones de este autor, relativas á la cricotraqueotomía y al uso del dilatador, merecen que sean tomadas en consideracion.

En cuanto al uso del traqueotomo, resulta de los hechos, como lo ha demostrado Barrier (2), que debe abandonarse, y segun este autor, sustituirlo por la puncion con un trócar introducido en una sonda acanalada. Retirado el trócar despues de haber penetrado en la tráquea, sirve la cánula para guiar un bisturí afilado, con el cual se hace de dentro afuera la abertura de la tráquea y de los tegumentos que la cubren.

Por último, convencidos algunos médicos de los inconvenientes que pueden ofrecer los instrumentos, cualesquiera que sean, han creido que se evitarían abriendo un paso libre al aire al través de las partes, sin el concurso de ningun dilatador. El célebre cirujano inglés Lawrence aconsejó estirpar una porcion de los anillos cartilaginosos cortados, y ha practi-

(1) *Gaz. méd.*, 1844, t. XII, p 592.
(2) *Bull. gén. de thér.* noviembre 1844.

Digitized by Google

cado esta operacion, que Carmichael ha hecho despues del modo siguiente (1).

Verificada ya la incision de la tráquea, el operador armado de unas tijeras de las que se usan para el labio leporino, introdujo una rama en el conducto aéreo por la parte inferior de la incision, y dirigiendo en seguida la estremidad de las tijeras hácia fuera, cortó oblicuamente los anillos cartilaginosos en una estension igual á la mitad de la incision longitudinal. Sostuvo por afuera con unas pinzas el colgajo que habia resultado, y subiendo la punta de las tijeras arriba y adentro, hácia la estremidad superior de la herida, acabó de estirpar una porcion triangular de la tráquea. Hizo lo mismo en el otro lado y resultó una pérdida de sustancia de figura romboidal, que no podia cerrarse y por la cual penetró el aire hasta que se efectuó la curacion.

Se arguye á este procedimiento: 1.° que es muy dificil de ejecutar; 2.° que hace mucho mas larga la operacion; 3.° que no deja suficiente abertura; 4.° que no evita la obstruccion de la abertura artificial que resulta de la tumefaccion inflamatoria de los tejidos; y 5.° que ocasiona una pérdida de sustancia de la tráquea, que mas tarde puede disminuir su calibre y hacer insuficiente la entrada del aire.

La primera objecion es fundada, como lo ha dèmostrado el doctor Ryland (2), y confiesan hasta los mismos que han propuesto esta modificacion. La segunda no lo es menos, especialmente respecto á la laringitis seudomembranosa en que tan necesaria es la rapidez de la operacion. En cuanto á la tercera y cuarta, parecen muy graves en teoría, y no me causa gran estrañeza el que se hayan ocurrido á los cirujanos; pero la práctica no ha confirmado la teoría, porque en los casos en que se ha empleado este procedimiento, á pesar de dificultarse con frecuencia la respiracion por la presencia de un moco viscoso detenido en los labios de la herida, jamás ha llegado el caso de interrumpirse completamente, bastando por lo comun una esponjita para remover el obstáculo y sin temor de que sobreviniesen los terribles accidentes que produce la salida de la cá-

(1) *Trans of the Assoc. of the Dublin coll of phys.*, t. IV, 1834, p. 312.
(2) *The Edin. med. and surg. Journ.* t. XLIX, p. 579, 1838.

Digitized by Google

nula. Por lo que toca á la estrechez consecutiva de la tráquea, debemos decir que los autores no se han ocupado de ella, lo cual constituye una omision grave, porque el temor de privar de la capacidad suficiente á un órgano tan esencial, debe inspirar serios cuidados por las consecuencias de la operacion.

Medios de desobstruir la cánula colocada en la abertura dilatada de la tráquea. Colocada ya la cánula, es preciso mantenerla siempre libre y limpiar de los fragmentos seudomembranosos y del moco viscoso que la obstruye incesantemente. Para lograr esto, es necesario observar con cuidado los esfuerzos de la tos, y si se presenta una falsa membrana cogerla con las pinzas y tirar de ella con suavidad para no romperla: si es solo moco lo que obstruye la cánula, se limpia con la escobilla de Bretonneau (1) que se construye del modo siguiente:

Escobilla de crin. Se cogen unas cuantas hebras de crin flexible y se colocan entre las ramas de un alambre de acero ó de laton torcido sobre sí mismo: estas hebras deben estar repartidas por igual y paralelamente en un espacio de unos 3 centímetros (1 pulgada y 3 líneas), y deben tocarse hasta cubrirse. Los dos hilos, cogidos con unas pinzas inmediatamente por encima de la crin y las hebras de estas separadas por la torsion, pierden su paralelismo y quedan convergentes al rededor del eje á que estan fijas. Luego que las hebras estan cogidas y sujetas con solidez entre las vueltas de la doble hélice que forman los alambres, ya solo falta cortarlas para dar á este cepillito la figura de una bola sostenida por un mango que forman los dos alambres retorcidos el uno sobre el otro. Conviene fijar esta escobilla en un mango que puede hacerse con una pluma ó un palito cualquiera; y hacer uso de ello cuantas veces parezca que la respiracion se halla interrumpida.

En algunos casos no basta esta maniobra y es preciso quitar la cánula para limpiarla, que es cuando despues se tropieza con tantas dificultades para volver á colocarla.

Cánula doble de Bretonneau. A fin de remediar este inconveniente ha ideado Bretonneau introducir dos cánulas que entren perfectamente la una en la otra y bastante delgadas para que no disminuyan demasiado la abertura que da paso al aire:

(1) *Traité de la diphthérite*, p. 324.

Digitized by Google

en caso de obstruccion se retira la cánula interna, que se vuelve á colocar inmediatamente despues de haberla limpiado.

Si se hace uso del dilatador, se emplea para limpiar la abertura la escobilla de esponja de que hablaremos mas adelante.

Por último, en los casos en que se ha practicado una pérdida de sustancia en la tráquea, ha bastado simplemente limpiarla con una esponja para mantener la abertura libre.

Modo de desobstruir la tráquea y los bronquios. Trousseau no se ha limitado á mantener la cánula siempre libre, sino que ha ideado desobstruir igualmente el conducto aéreo, y para dar una idea de su práctica, me parece lo mas oportuno copiar la descripcion que hace de lo que llama la *detersion:*

Detersion de Trousseau. Si no hay en la tráquea alguna falsa membrana demasiado adherida, se toma una escobilla formada de una ballena flexible, redondeada y de 24 centímetros (10 $^1/_2$ pulgadas) de largo, en una de cuyas estremidades se hace una muesca circular, en donde se fija un pedacito de esponja fina. Se introduce con prontitud este instrumento en el conducto aéreo, á la profundidad de 8, 11, 14, y hasta 17 centímetros (3 $^1/_2$, 5, 6, 7, pulgadas) imprimiéndole un movimiento de rotacion, y luego se le hace subir y bajar varias veces, y se retira continuando el movimiento de rotacion indicado. Cada maniobra no debe pasar de dos ó tres segundos, pasados los cuales se saca la esponja, y un ayudante la esprime con un trapo de lienzo y separa el moco que la cubre. En seguida se la vuelve á introducir y se continúa esta operacion hasta que hayan salido todas las mucosidades ó las falsas membranas, lo que puede percibirse por un ruido particular que se produce en la tráquea. Antes de empezar la detersion, conviene en general inyectar en los bronquios una media cucharada de café de agua tibia ó fria, con ayuda de la cual, de la escobilla y del aire que entra y sale, se desprenden, remueven y arrastran al esterior todo cuanto existe en los conductos aéreos. La detersion ocasiona por lo comun una tos sumamente anhelante; pero cuando los niños no estan estenuados por las emisiones sanguíneas, cuando ya se ha modificado la inflamacion pelicular y solo se segrega moco, basta pasar una ó dos veces la escobilla, y la maniobra es entonces tan sencilla, que las mas veces ni aun despiertan los niños si estan dormidos.

Digitized by Google

La primera detersion debe hacerse inmediatamente despues de la operacion, y por ella salen la sangre, el moco y la mayor parte de las concreciones seudomembranosas, quedando enteramente al descubierto la membrana mucosa, condicion necesaria para que los medicamentos tópicos puedan modificarla. Así Trousseau da como precepto *limpiar bien cuantas veces se quiera obrar directamente sobre la membrana mucosa.*

Si la falsa membrana está muy adherida y no basta la esponja á separarla, debe emplearse la *escobilla* de crin que acabamos de describir.

Cauterizacion. Tomaré tambien de Trousseau los detalles relativos á esta parte de la operacion (1): cuando ya estan bien limpios la tráquea y los bronquios, se procede, dice este autor, á la cauterizacion, que se hace de dos modos: 1.° por *contacto,* y 2.° por *instilacion.*

Cauterizacion por contacto.

℞	Nitrato de plata cristalizado..	1 gram.	(18 ℈)
	Agua destilada..............	4 gram.	(ʒj)

Disuélvase.

Se empapa en este cáustico la escobilla de esponja y se la aplica varias veces á todos los puntos de la membrana mucosa que se puedan alcanzar, por cuyo medio no se vierte nada de la solucion cáustica en los bronquios. Esta cauterizacion debe repetirse lo menos tres veces el primer dia, y dos en cada uno de los dos siguientes.

Cauterizacion por instilacion.

℞	Nitrato de plata cristalizado.	20 centigram.	(4 ℈)
	Agua destilada.............	4 gram.	(ʒj)

Disuélvase.

Se llena con este cáustico una pluma de escribir y se le vierte en la tráquea, aprovechando en cuanto sea posible un movimiento de inspiracion; inmediatamente despues se instila agua y se hace la detersion con vigor hasta que queden bien limpios los conductos aéreos. La cauterizacion por instilacion debe repetirse dos ó tres veces por espacio de tres dias. Si despues de

(1) *Dict. de méd.*, t. IX, p. 387.

Digitized by Google

la operacion se puede notar que no hay concreciones membranosas mas allá de la laringe, el cirujano debe limitarse á las cauterizaciones por contacto.

Es preciso ser muy sóbrio en el uso de estas últimas cauterizaciones, porque esperimentos hechos en animales han probado que si el líquido cáustico penetra hasta las ramificaciones pequeñas de los bronquios, no tan solo podria coagular el moco é interceptar el paso al aire, sino hasta producir lesiones graves en el tejido pulmonar. Bretonneau jamás emplea esta cauterizacion, y Trousseau se espresa en estos términos respecto al mismo asunto: «Los buenos resultados obtenidos por Bretonneau, que solo usa la cauterizacion por contacto, deben hacernos circunspectos en la aplicacion de las instilaciones que he aconsejado mucho, y que tal vez empleé demasiado.

Instilacion de agua en los bronquios. Tambien Trousseau há sido el que ha proclamado este medio, y segun este autor, las instilaciones tienen la ventaja de diluir el moco y hacer mas fácil la espectoracion y la espulsion de los fragmentos seudomembranosos.

Instilaciones para desprender las seudomembranas tenaces. Se inyecta de una sola vez en la tráquea una cucharada de café de agua tibia, y en seguida se procede inmediatamente á la *detersion* con la esponja, repitiendo esta maniobra cuatro ó cinco veces en las veinticuatro horas, durante los dos ó tres primeros dias despues de la operacion.

Instilaciones para diluir ó reblandecer las mucosidades. Se vierten en la tráquea dos ó tres gotas de agua tibia cada cuarto de hora, continuando estas instilaciones hasta que la respiracion se efectúe con libertad.

Tales son las maniobras que han sido aconsejadas y descritas con cuidado por Trousseau, y contra las cuales se han pronunciado críticos severos. Se las ha atribuido que irritaban los bronquios, agrababan los accidentes y se oponian á la curacion lejos de favorecerla. Es muy cierto que la instilacion de un cáustico tiene algo que espanta, y hasta el mismo Trousseau parece que teme su peligro. La introduccion de la escobilla en la profundidad de las vias aéreas parece tambien muy temeraria, sobre todo si se considera que los esfuerzos para arrancar las falsas membranas en los puntos mas accesibles, como la boca y la

Digitized by Google

faringe, no dan por conclusion ningun resultado útil. Sin embargo, antes de condenar esta práctica hubiera debido tenerse presente que ha sido ejecutada por el médico que ha conseguido mayor número de curaciones. En cuanto á las instilaciones de agua tienen, ademas de las ventajas ya indicadas, la de provocar una tos fuerte que espulsa el moco viscoso que obstruye continuamente los bronquios.

Ultimos cuidados despues de la operacion. Pueden resumirse del modo siguiente:

1.° Sacar la cámula para limpiarla y pasar la escobilla á los bronquios. Esta maniobra se hará tres veces en las veinticuatro horas durante los tres dias que siguen á la operacion, y en los restantes una vez hasta que se cierre la herida (Trousseau).

2.° Se tendrá cuidado en los dos ó tres primeros dias despues de la operacion de introducir el dilatador cuando se saque la cánula, porque la herida tiende con fuerza á cerrarse, y el retardarse haria dificil la introduccion del tubo metálico.

3.° Si al quinto ó sexto dia no se percibe que pase el aire un poco por las vias naturales en los grandes esfuerzos de tos, se aplicarán una ó dos veces la solucion cáustica á la laringe por medio de una ballena fuerte, encorvada y armada con una esponjita, cuya medicacion tan sencilla como es basta para facilitar el paso del aire y de las mucosidades.

4.° En cuanto parezca que está libre la laringe se tapará la cánula en todo ó en parte, segun la mayor ó menor libertad de la respiracion. La primera vez solo se la dejará tapada un cuarto de hora y á lo mas una hora; algunas horas despues se volverá á cerrar por dos ó tres, y despues ya debe permanecer en este estado por diez ó doce horas seguidas.

5.° Cuando ya la respiracion es fácil, se sacará la cánula, se limpiará la herida y se aproximarán exactamente sus bordes con vendoletes de tafetan inglés, cubriendo todo el apósito con algodon cardado y una corbata poco apretada, cuyo centro se aplica detrás de la nuca, y cuyos cabos vienen á cruzarse delante del cuello para pasar por debajo de las axilas y atarse á la espalda. Debe mudarse el vendaje dos veces en las veinticuatro horas, y por lo comun á los cuatro, seis ú ocho dias está ya completamente cicatrizada la abertura de la tráquea, quedando solo una herida simple cuya curacion no tarda en verificarse. Si

Digitized by Google

la herida se cubre de concreciones, lo cual sucede con bastante frecuencia, se la espolvorea con calomelanos, medicamento que modifica en poco tiempo esta disposicion morbosa.

6.° Mientras que se haga todo esto no se debe descuidar el tratamiento de la difteritis en la faringe, que ocupa casi constantemente, y en la boca donde se halla con bastante frecuencia. Para cubrir esta indicacion se aplica dos ó tres veces al dia á las partes enfermas una mezcla de 8 gramos (2 dracmas) de ácido hidroclórico, y 60 gramos (2 onzas) de miel rosada, ó bien una proporcion bastante considerable de alumbre en un jarabe de azúcar ó de miel.

7.° La última precaucion que ha probado muy bien á Trousseau en estos últimos tiempos, ha sido rodear inmediatamente despues de la operacion y de la aplicacion de la cánula, el cuello y la parte inferior de la cara hasta la nariz, de una corbata ancha bastante floja para quc permita paso libre al aire. De este modo no llega este fluido directamente á la cánula, se calienta en el trayecto que recorre por delante de la boca y de la barba y se hace mucho menos irritante para la tráquea. Trousseau atribuye gran parte de los buenos resultados que ha obtenido á esta precaucion, tan poco importante al parecer.

Tales son los detalles que tengo que presentar acerca de esta interesante y delicada operacion. Los prácticos no los hallarán sobrado largos cuando recuerden que de todos los cuidados que quedan recomendados, de las precauciones indicadas, depende el buen ó mal éxito de un medio que puede salvar la vida al enfermo. Todo lo que queda espuesto debe estudiarse minuciosamente y tenerlo siempre presente en la imaginacion, porque el mas ligero olvido puede ser irreparable. Veamos ahora cuáles son las indicaciones y las contraindicaciones de la traqueotomía.

Indicaciones de la traqueotomía. 1.° Se debe practicar la traqueotomía en todos los casos en que han empezado á presentarse los síntomas de asfixia, en que la voz está apagada y en que parezcan insuficientes la tos y los vómitos para espulsar las falsas membranas. En tales circunstancias no debe dudarse, á no ser que haya alguna de las contraindicaciones que enumeraremos mas adelante.

2.° Caron sostenia que debia operarse luego que el crup es-

Digitized by Google

tuviese confirmado, es decir, desde que hubiese seguridad de que la falsa membrana habia invadido la laringe. En la actualidad no se procede tan pronto á la operacion, pero no dudo que llegará á practicarse antes de lo que ahora habitualmente se hace; y desde luego puede admitirse que los casos de curaciones obtenidos por la traqueotomía, son debidos en gran parte á la época menos avanzada en que se emplea.

Asi pues, en los casos en que la perturbacion de la respiracion sea muy considerable, y en que á pesar del tratamiento mas enérgico no se logre espulsar la falsa membrana, no debe esperarse para operar á que sea completa la postracion de fuerzas, á que la produccion diftérica se estienda hasta los bronquios, y en fin, á que la sangre arterial llegue á convertirse casi enteramente en venosa. Esta temeridad aparente será prudencia á los ojos de los que han estudiado los hechos.

Contraindicaciones de la traqueotomía. 1.° El doctor Barth, auscultando el pecho en un caso en que las falsas membranas habian invadido los bronquios (1), ha percibido un murmullo vibrante, una especie de temblor muy manifiesto que le pareció tenia lugar en el mismo torax. Este ruido era semejante al que producirian los fragmentos membranosos flotando en los bronquios y agitados por el paso del aire. Si en un caso de crup se percibiera este ruido no debia practicarse la operacion, porque seria inútil. Pero los autores del *Compendium* han citado un hecho que prueba que este signo no es constante, y nosotros hemos visto que en los casos que ha observado Vauthier, prácticos muy habiles no han podido reconocer por la auscultacion el paso de las falsas membranas hasta los bronquios.

2.° La existencia de una pulmonía simple no es una contraindicacion, segun Guersant, ni lo es tampoco la pulmonía doble.

3.° La existencia de tubérculos en los pulmones, cuando está bien demostrada, se la considera tambien como una circunstancia que se opone á la operacion.

4.° En el mismo caso se halla toda afeccion grave y muy avanzada, y no debe echarse en olvido que, particularmente en los adultos, el crup no es mas que una complicacion y el último término de la enfermedad principal.

(1) *Archives de médecine*, 3.ª serie, 1839, t. V, p. 137.

Digitized by Google

Despues de haber dado á conocer los diversos procedimientos operatorios y señalado todas las ventajas de la traqueotomía convenientemente practicada, debo sin embargo hacer presente al práctico que se trata de una operacion grave, seguida á veces de una muerte muy pronta, y que tiene necesidad de resignarse en todos los casos á ver sucumbir á lo menos las dos terceras partes de los operados. Por consiguiente, al insistir con valor en la operacion que juzga necesaria, no debe dar una gran esperanza á los parientes del enfermo, sino que les hará comprender que se halla próximo á una muerte cierta, sino consienten en la operacion, sin disimular los peligros que ofrece esta, aun cuando se muestren propicios á ella y no opongan el menor obstáculo.

No he hablado de las tentativas hechas por Dupuytren para estraer las falsas membranas *sin traqueotomía*, yendo á buscarlas por la boca á la misma glotis, porque estas tentativas que todos estan conformes en considerar como infructuosas, no han sido repetidas por nadie.

Régimen. En el principio de la enfermedad, y mientras que la fiebre es intensa, el enfermo debe estar á dieta absoluta, pero luego que empiece á declinar la calentura, especialmente si se trata de un niño tierno, es preciso apresurarse á darle algunos alimentos ligeros como leche, caldos ó sopicaldos y alguna fécula de fácil digestion. Segun Trousseau, debe hacerse otro tanto inmediatamente despues de la traqueotomía y mientras dura la fiebre traumática. Al médico pues, corresponde juzgar del plan que debe seguir, atendidas las fuerzas del enfermo; pero en todos los casos deberá prescribir un régimen nutritivo luego que haya cesado completamente la calentura.

Tratamiento profiláctico. Hasta que no se ha fijado bien el diagnóstico de la laringitis seudomembranosa, se ha creido en las recidivas frecuentes de esta enfermedad, tomando por tales los ataques reiterados de laringitis estrídula. Asi pues no debe causarnos sorpresa el ver que nuestros antepasados proponian una porcion de medios con el fin de prevenir una reproduccion de una enfermedad tan grave como lo es el crup. Hoy que no existen tales temores no se toman las mismas precauciones. Mas en el caso en que fuesen muy frecuentes las laringitis seudomembranosas, ¿habria algunos medios que pudiesen preservar á los

Digitized by Google

niños de esta afeccion? Debemos responder con Guersant, que solo podriamos contar en realidad con las precauciones higiénicas, la separacion de los niños de todo foco de infeccion, y el uso de un régimen fortificante.

En cuanto á los cauterios, vejigatorios, vomitivos y purgantes repetidos á menudo, y en una palabra, á los medios farmacéuticos, se debe renunciar á ellos enteramente.

Breve resumen del tratamiento.

1.º Sangrías, sanguijuelas, ventosas escarificadas, y emolientes.
2.º Vomitivos (emético, ipecacuana, etc.) y purgantes.
3.º Sulfuro de potasa, polígala y alcalinos. La eficacia y sobre todo la virtud específica de estas sustancias dista mucho de estar demostrada.
4.º Preparados mercuriales (calomelanos, fricciones con el ungüento mercurial, etc.).
5.º Derivativos, revulsivos y antiespasmódicos.
6.º Cauterizacion con el ácido hidroclórico, el nitrato de plata, etc.; cateréticos (alumbre, cloruro de cal, etc.).
7.º Insuflacion de polvos mercuriales, calomelanos y precipitado rojo.
8.º Traqueotomía.

ARTICULO V.

LARINGITIS ULCEROSA, AGUDA Y CRÓNICA.

(Tísis laríngea) (1).

La laringitis ulcerosa es sin disputa una de las enfermedades cuya historia presenta mas dificultades. Hasta ahora han tratado los autores en un solo artículo de todas las especies de

(1) Aun cuando no es la laringitis ulcerosa la única enfermedad que se ha designado con el nombre de *tisis laríngea*, le añado esta denominacion por ser á la que mas particularmente se le ha aplicado.

Digitized by Google

laringitis crónicas, que se han designado con el título genérico de *tisis laríngea*, de donde resulta que los síntomas propios, las causas, el curso y generalmente los puntos mas importantes de la afeccion de que vamos á ocuparnos son sumamente oscuros. Sin embargo, no puedo menos de dispensarme de describir por separado esta forma tan interesante de la laringitis, que es á la inflamacion simple de la laringe, lo que la coriza ulcerosa es á la coriza simple. He reunido con este objeto un número bastante considerable de documentos, algunos de los cuales no habian sido hasta ahora suficientemente estudiados, y el curso de este artículo demostrará, segun creo, que si bien es muy dificil una buena clasificacion de las enfermedades de la laringe, no es imposible como lo piensan Trousseau y Belloc (1). Indudablemente la observacion ulterior podrá obligar á hacer algunas modificaciones en la clasificacion que he establecido; pero no podrá dudarse, despues de haber recorrido los trabajos que se han publicado acerca de este asunto, que tiene actualmente una utilidad positiva.

Debemos á Morgagni y Borsieri, segun J. Frank, las primeras nociones exactas que se han dado acerca de la laringitis ulcerosa; pero para el que haya leido sin prevencion estos autores, es evidente, como lo ha dicho Cayol (2), que despues de haber escrito ellos, estaba aun enteramente por hacer la historia exacta de esta enfermedad. En estos últimos tiempos se han publicado trabajos bastante numerosos acerca de este asunto, entre los cuales el mas reciente es la *Historia de la tisis laringea* por Trousseau y Belloc.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Damos el nombre de *laringitis ulcerosa* á la que ocasiona una pérdida de sustancia en el tejido de la laringe, esté ó no acompañada esta lesion de caries, necrosis de los cartílagos, fístulas, etc. Indudablemente valdria mas poder distinguir las úlceras segun su especie y describirlas por separado; pero aun no llegan á tanto los adelantos de la ciencia.

(1) *Traité prat. de la phthisie laringée*, etc., Paris, 1837, p. 87.
(2) *Recherches sur la phthisie trachéale*, tesis, Paris, 1810.

Digitized by Google

Se ha distinguido generalmente á esta enfermedad con el nombre de *tisis laríngea*, y los antiguos la designaban con el de *úlcera asperæ arteriæ*. Sauvages (1) ha descrito á la vez con el título de *paraphonologia ulcerosa*, las úlceras de la faringe, de la laringe y de la tráquea, y las coloca en la sesta clase llamada *Debilitates*. Se halla descrita esta enfermedad con las denominaciones de *úlceras*, *úlceras venéreas de la laringe*, *ulceracion*, *caries*, y *necrosis:* Petit-Radel (2) ha designado sin duda con el nombre de *metaptosis gonorréica de la laringe* algunos casos de este género.

En cuanto á la frecuencia de la enfermedad, es preciso establecer una distincion muy importante. Si consideramos las úlceras de la laringe en todas las circunstancias en que se producen, podemos decir que distan mucho de ser raras: en efecto, hay una afeccion muy comun que la complica las mas veces, y es la tisis pulmonar. Mas si solo atendemos á los casos en que la laringitis ulcerosa constituye la enfermedad principal, y en los que por consiguiente exige muy particularmente los cuidados del médico, diremos que es poco frecuente. Compulsando las observaciones que han recogido en gran número Trousseau y Belloc, y tomado de los autores principales, apénas hemos hallado mas de una docena que llenasen las condiciones que acabamos de indicar.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Todos los autores estan conformes en que la laringitis ulcerosa no se presenta en la primera edad. En doce observaciones que he reunido, la edad de los enfermos variaba entre diez y nuevo y sesenta y ocho años, y en la mayor parte era de treinta á cuarenta años, como ya lo habia notado J. Frank. No obstante, Boudet (3) ha citado dos casos de laringitis ulcerosa bien eviden-

(1) *Nos. method* Amst. 1768, t. I, p. 787.
(2) *Cours des mal. syph.* Paris, 1812, t. I, p. 280.
(3) *Hist. de l' epidémie du croup.* (Archives de médecine, 3.ª serie, 1842, t. XIII, p. 137.)

Digitized by Google

te en niños de ocho á once años. Este es un punto de etiología que requiere aun mas ámplios estudios.

Sexo. Tomando en consideracion todos los casos de tisis laríngea recogidos por los autores, se halla una proporcion mucho mas considerable de personas del sexo masculino que del femenino. En catorce casos en que la laringitis constituia la enfermedad principal, hallo por el contrario nueve mugeres, es decir, una proporcion totalmente inversa. ¿Este resultado es efecto únicamente de la casualidad? Someto esta cuestion á la atencion de los observadores.

No se han hecho averiguaciones exactas acerca de la *constitucion* mas favorable al desarrollo de esta enfermedad, pero se han puesto en el número de las causas predisponentes: *un clima frio*, *el invierno*, *las afecciones frecuentes de garganta*, *los grandes esfuerzos de la voz, y la aspiracion repetida de una cantidad considerable de polvo en ciertas profesiones*. Seria inútil tratar de comprobar estas aserciones cuando nos faltan hechos suficientes para ello.

2.º Causas ocasionales.

Es sumamente dificil decir algo de positivo respecto á las causas ocasionales; esto depende, por una parte, en que el número de observaciones es demasiado corto, y por otra, en que los autores cuando se ha tratado de causas, han hablado de todas las enfermedades que constituyen la tisis laríngea en general. En las observaciones que tengo á la vista hallo tres casos en que se ha atribuido la enfermedad á la accion del *frio*, y en cuanto al uso de *bebidas frias*, estando el cuerpo sudando, á los *gritos violentos* y al *uso inmoderado de licores fermentados*, etc., parece que estas causas determinan mas bien la laringitis simple que la ulcerosa.

Resta ahora una causa específica que merece llamar nuestra atencion: *la sifilis*. En este punto se dividen las opiniones, y tenemos de una parte á J. Frank y algunos otros autores, que creen que la sifilis es una causa frecuente de la laringitis ulcerosa, y de otra Cullerier y Lagneau que dicen formalmente que las úlceras sifilíticas de la laringe son sumamente raras, y Swediaur, Bell, Cirillo y Ricord que ni aun hacen mencion de ellas.

Digitized by Google

Sin embargo, Trousseau y Belloc citan siete observaciones entre sesenta y dos, en las cuales todo induce á creer que la afeccion era de naturaleza sifilítica; entre las que yo he reunido hay cinco que son evidentemente de la misma naturaleza, y citaré entre otras, las de Zacuto Lusitano (1) y de C. Lépine (2). Asi pues, no puede admitirse la opinion de Cullerier y demás sifiliógrafos.

§. III.

SÍNTOMAS.

Al recorrer las observaciones me ha llamado desde luego la atencion la diferencia que se nota en el curso de las diversas especies de ulceracion laríngea. He visto tambien que hay muchas que marchan con suma rapidez, acompañadas de síntomas muy agudos y ocasionando á menudo una terminacion funesta, por lo que creo que debemos describir separadamente la *laringitis ulcerosa aguda* y la *laringitis ulcerosa crónica*. ¿Debe destinarse tambien un artículo á parte para la *laringitis ulcerosa sifilítica?* Me parece que no, en razon á que no he podido hallar en sus síntomas ningun carácter particular.

Laringitis ulcerosa aguda. En general los autores no han estudiado esta especie; sin embargo, Hawkins (3) ha descrito una ulceracion gangrenosa aguda, que segun él ataca casi siempre la faringe antes de invadir la laringe. Por mi parte he hallado muchos casos de laringitis ulcerosa aguda bien evidente, tomados de Travers Blackley (4), Mac Adam (5), Henderson, Cruveilhier (6), Legroux, Cortallat, Patissier, etc., y ya hemos dicho que Boudet habia observado dos ejemplos. No obstante, estas observaciones no se han presentado todas como laringitis ulcerosas, porque la enfermedad ha terminado por un *edema de la glotis*, cuya afeccion ha sido la que ha ocupado esclusivamente la atencion de los autores. Pero como los síntomas que

(1) *Prax. med. adm.* Ludg., 1643, obs. CVII.
(2) *Diss. sur la phthisie lar.*, tesis. Paris, 1816.
(3) *Lond. med. and phys. Journal*, abril y mayo, 1823.
(4) *Dublin Journal*, julio, 1838.
(5) *London medical and surgical Rewiew*, octubre 1835 y abril 1841, p. 330.
(6) *Dic. de méd. et chir prat.* art. LARINGITIS.

Digitized by Google

han precedido á los del edema pertenecen evidentemente á una inflamacion ulcerosa, y por consiguiente la enfermedad primitiva y principal, la que ha dado lugar á todos los accidentes consecutivos, era la laringitis ulcerosa aguda, no puede prescindirse de dar á esta enfermedad un lugar distinto en el cuadro nosológico.

Invasion. La laringitis ulcerosa aguda se desarrolla casi siempre durante el curso ó en la *convalecencia* de otra enfermedad, como la pulmonía, una fiebre intermitente, etc. Los enfermos sentian primero un *dolor de garganta*, por lo comun ligero, y á veces intenso; la *voz* se pone ronca, como en la laringitis simple, y la *respiracion* se dificulta un poco, pero sin accesos evidentes de sufocacion. Al mismo tiempo la *calentura* adquiere nueva intensidad, cuando se declara la laringitis en el curso de una enfermedad próxima á su curacion. Si se presenta sin que la preceda otra afeccion, se manifiesta primero la fiebre con poca intensidad, la piel está cálida y el pulso duro, desarrollado y algo mas frecuente que en el estado normal, en cuyo caso es muy fácil tomar la enfermedad por un mal ordinario de garganta, porque nada hay en la espectoracion ni en los demás signos locales que anuncie la presencia de úlceras, que tal vez ni aun se hayan formado.

Síntomas de la enfermedad ya confirmada. Despues de un espacio de tiempo, que varía en las observaciones que tengo á la vista entre veinticuatro horas y cuatro ó cinco dias, los síntomas toman incremento; la *voz* se estingue ó se hace solo mas ronca; los esfuerzos para hablar aumentan el *dolor* y causan ansiedad; la *tos* que al principio era poca se hace frecuente, y en la observacion que cita Travers Blackley, se designa como *crupal;* en fin, produce todavía mas dolor que los esfuerzos de la voz y ocasiona una sensacion como dislacerante en la laringe.

La *respiracion* se hace penosa, anhelante y á veces hasta sibilante y estrídula, como lo ha notado Travers Blackley. Legroux (1) ha percibido la existencia de un *ronquido* notable, y otros autores han comparado el ruido respiratorio *al canto de un pollo*, etc. Mas estos diversos ruidos dependen las mas ve-

(1) *Journal des conn. méd.-chir.* setiembre, 1839.

ces del edema de la glotis, producido casi siempre por la úlcera de la laringe.

Se ha examinado siempre con el mayor cuidado la materia de la *espectoracion*, pero no se ha hallado ningun carácter constante bien manifiesto que pudiese en todos los casos darnos á conocer la naturaleza de la enfermedad. Asi vemos que en los diversos autores que dejo citados, se habla de una espectoracion *mucosa* ó *mucosopurulenta* por lo comun muy abundante; es raro que se hallen estrías de sangre.

El *dolor* que se manifiesta ya al principio de la afeccion se hace mas intenso, y los enfermos le refieren á la laringe y parte superior de la faringe. Este dolor se hace sensible, con especialidad durante la deglucion, y hasta en algunos casos se ha notado la espulsion de las bebidas por la nariz cuando la epiglotis participaba de una manera notable de la inflamacion. La presion hecha á los lados en la laringe produce generalmente un dolor mas ó menos vivo, que aumenta tambien si se comunican al órgano movimientos laterales.

Segun que los síntomas se van agravando de este modo, la *calentura* aumenta, y asi en la observacion publicada por Patissier (1), la fiebre que al principio era ligera y solo se presentaba por las tardes, se hizo pronto mas intensa y continua.

Tales son los síntomas que en el estado actual de la ciencia pueden asignarse á la laringitis ulcerosa aguda. Hay sin embargo otros muchos que sobrevienen despues y que tienen relaciones demasiado íntimas con los espuestos para que podamos separarlos en dos enfermedades distintas; pero estos últimos son signos que pertenecen á una afeccion generalmente admitida en el cuadro nosológico, y que por su gravedad y los medios especiales que reclama merece fijar particularmente la atencion del práctico. Esta afeccion es el *edema agudo de la glotis* (laringitis edematosa aguda). En efecto, si examinamos todas las observaciones que dejo citadas y algunas de las que ha publicado Miller (2), hallaremos que todos los casos han terminado por síntomas nada equívocos de esta última enfermedad.

Quizá alguno se admire de ver que hacemos dos enfermeda-

(1) *Biblioth. méd.*, 1820. t. LXVII, p. 210.

(2) *Mémoire sur la laringite purulente* (*Lond. med. Gaz.* enero de 1833).

Digitized by Google

des de un estado patológico cuya indivisibilidad hace poco acabamos de reconocer: pero debemos manifestar que en esta obra las consideraciones patológicas deben ceder su puesto á las puramente prácticas. y lo mismo que he hecho con la *laringitis simple* y la *laringitis estrídula*, no dudo un momento en hacerlo con la *laringitis ulcerosa* y el *edema de la glotis*, que es su consecuencia. En efecto, desde que la infiltracion serosa ó serosopurulenta que ocasiona la inflamacion ulcerosa llega á invadir la glotis, hay para el práctico una enfermedad enteramente nueva, que toma una fisonomía propia y exige medios particulares de tratamiento. Lo que únicamente no debe echarse en olvido, es que las úlceras son las que provocan en estos casos el edema de la glotis, y por consiguiente debe hacerse cuanto sea posible para evitar este accidente: esto es lo que mas importa saber en la práctica.

¿ *La laringitis ulcerosa sifilítica* puede presentar tambien un curso agudo? Me ha sido imposible averiguarlo en las observaciones que he podido reunir. Pero Hawkins (*lug. cit.*) ha descrito una forma de laringitis sifilítica que se parece mucho á la anterior. La ulceracion aguda empieza, dice este autor, por las amígdalas, en cuyos órganos se percibe una úlcera profunda que presenta una escara gruesa y negruzca, que se ensancha con rapidez y llega á invadir la laringe. Cuando estan afectados la epiglotis y los cartílagos aritenoides, añade Hawkins, es inevitable la muerte, porque se llena la glotis de mucosidades y los enfermos sucumben de una asfixia lenta. Asi pues no hay mas diferencia entre esta laringitis ulcerosa aguda y la que hemos descrito, que en el punto de donde parte la ulceracion, diferencia en último resultado que no es capital, porque en algunas observaciones he hallado igualmente que la inflamacion ulcerosa habia invadido primero la faringe; por lo demás, iguales son sus síntomas, su curso y hasta su terminacion.

Laringitis ulcerosa crónica. Se han descrito mucho mejor los síntomas de la laringitis ulcerosa crónica que los de la aguda, lo que se concibe fácilmente cuando se considera que esta forma ha podido estudiarse con mucha frecuencia en su estado de complicacion, es decir, cuando se presenta en el curso de la tisis pulmonar.

La laringitis ulcerosa crónica *invade* siempre de un modo

Digitized by Google

lento, y hasta no es raro verla empezar de una manera insidiosa y como una incomodidad de garganta de poca importancia. Solo por la continuacion de los síntomas y su agravacion sucesiva empiezan los enfermos á concebir alguna inquietud y se deciden á consultar al médico.

El *dolor*, este síntoma que es siempre mas ó menos notable en la laringitis ulcerosa aguda, es al principio muy ligero y solo adquiere una verdadera intensidad en ciertos casos y hácia el fin de la enfermedad. Trousseau y Belloc llegan hasta decir que en la mitad de los enfermos no se presenta este síntoma desde el principio hasta el fin de la enfermedad; pero hay que tener presente que estos autores describen reunidas la laringitis crónica ulcerosa y la laringitis crónica simple, y como en esta última falta por lo comun el dolor, es probable que hayan sido casos de esta los que motiven su asercion. En efecto, examinando las numerosas observaciones tomadas de Adams y Jackson (1), Robert (2), Jaime Bedingfield, Cárlos Lépine, etc., etc., hallamos que se ha presentado siempre en esta especie de laringitis, el dolor en un grado mas ó menos intenso. Raras veces han indagado los autores si este dolor aumentaba por la presion ó comunicando movimientos á la laringe, y en un caso en que J. Bedingfield ha hecho esta esploracion (3) no se ha aumentado de un modo notable. Por el contrario, la *deglucion* ha sido siempre dolorosa en una época mas ó menos avanzada de la enfermedad, y algunas veces se ha observado la *espulsion de las bebidas por la nariz*, cuando la epiglotis estaba notablemente alterada. Finalmente, aun en los casos en que el dolor no es muy considerable, hay en la faringe una dificultad, un estorbo que por su pertinacia molesta mucho á los enfermos.

La alteracion de la *voz* es indudablemente uno de los síntomas primeros y mas importantes: por lo comun se reduce esta alteracion en el principio á una simple ronquera, pero pronto la voz se vuelve áspera y chillona y los enfermos emiten sonidos los mas discordes, sobre todo cuando quieren hacer es-

(1) *Lond. med. Repository*, t. X, p. 201, 1818.

(2) *Journ. de méd.*, año XIII, p. 185.

(3) *Cases of ulceration of the pharynx and larynx* (*Lond. med. Reposit.*, t. V, p. 194, 1816).

Digitized by Google

fuerzos notables. Trousseau y Belloc han hecho respecto á este punto observaciones mas atentas que los demás autores, y han hallado que la mayor ó menor intensidad en la alteracion del timbre de la voz varía segun una porcion de circunstancias. Asi segun ellos, el paso de una temperatura moderada á otra fria altera menos la voz que el paso del frio al calor, y la ronquera se aumenta por la necesidad de tomar alimento, por la aproximacion de la menstruacion y por el abuso de los placeres venéreos. Ciertamente que no es imposible que todas estas causas tengan gran influencia en la intensidad de este síntoma; pero lo que puede afirmarse con toda seguridad es que si estas aserciones resultan de la observacion particular de los autores, no se deducen de la análisis de los casos que han publicado. Mas cierto es el hecho que aseguran tambien Trousseau y Belloc, que la ronquera, intermitente en un principio, no tarda en hacerse contínua y en degenerar en una afonía completa: los enfermos hacen entonces grandes esfuerzos para hablar y se percibe un ruido agudo producido por el paso del aire por las partes alteradas de la laringe y que no vibran por esta razon.

Nunca ha faltado la *tos* en los casos que tengo á la vista, y ha sido escitada continuamente por una irritacion mayor ó menor de la laringe, y asi es que se hace frecuente en cuanto se agrava la enfermedad, en cuyo caso basta el paso de los alimentos, la accion de hablar ó una inspiracion fuerte para provocarla. Trousseau y Belloc han indicado una variedad de tos que ellos llaman *eructante*, porque se parece á un *eructo reprimido:* esta variedad pertenece á la laringitis ulcerosa.

La mayor parte de los autores presentan á la *espectoracion* como uno de los principales síntomas, y se han indicado esputos abundantes, espumosos, filamentosos, estriados de pus y de sangre, ó presentando pedacitos de pus concreto, y hasta se han hallado en las materias espectoradas fragmentos de cartílagos osificados. Es cierto que todas estas especies de esputos se han presentado en la tisis laríngea, pero no se debe perder de vista que la mayor parte de los casos que citan los autores se han observado en el curso de la tisis pulmonar, y que por consiguiente las materias espectoradas podian proceder lo mismo de la degeneracion tuberculosa de los pulmones que de la la-

Digitized by Google

ringitis ulcerosa. De todas estas variedades de esputos, los purulentos, concretos y redondeados son los que pertenecen mas particularmente á la laringitis ulcerosa crónica, y la presencia de un fragmento de cartílago cariado es un signo patognomónico.

La *respiracion* es siempre mas ó menos difícil, y si algunos autores, despues de Borsieri, han dicho que á veces no habia disnea, es porque los que han observado han sido casos de laringitis crónica simple. Se ha descrito con mucha variedad el ruido que produce la respiracion, comparándole unos á un ronquido fuerte, otros al silbido de la laringitis estrídula, algunos al canto del gallo, etc., y J. Frank ha indicado como síntoma de la invasion un *ronquido inusitado durante el sueño.* Este punto merece fijar la atencion de los prácticos.

Se han aplicado la *percusion* y la *auscultacion* al estudio de la enfermedad que nos ocupa; pero todos convienen en que estos dos medios de esploracion, tan preciosos en las enfermedades del pecho, solo han ofrecido un auxilio muy pequeño en las afecciones de la laringe. Sin embargo, debo advertir que en algunos casos de ulceracion de la laringe ha percibido Barth un grito sonoro que partia de la laringe, y que Stokes (1) y Beau (2) han observado en casos análogos estertores vibrantes y comparables, segun el primero de estos autores, al sonido de una cuerda de contrabajo: en un caso ha notado Stokes este ruido en un lado solo. Son necesarias nuevas observaciones que puedan confirmar el valor de estos hechos.

Hutchinson (3) refiere un caso de laringitis crónica en que comprimiendo sobre el cartílago tiroides se percibia un ruido sensible de *crepitacion:* pero este fenómeno no ha sido notado por ninguno de los demas observadores, y si al mismo tiempo se tiene presente que las partes cartilaginosas de la laringe pueden producir una crepitacion, aun en el estado sano, se llegará á creer que este signo no pertenece en realidad á la enfermedad.

Se ha intentado descubrir por la *inspeccion* las alteraciones que presenta la laringe; pero á pesar de haberse inventado el *speculum laryngis*, no ha sido posible obtener ningun resultado

(1) *Archives de médecine*, 3.ª serie, 1839, t. IV, p. 363.
(2) *Archiv. gén de méd.*, 3.ª serie, t. IX, p. 121.
(3) *Gaz. méd.*, 1833, t. I, p. 462.

Digitized by Google

útil. Lo mismo digo del *tacto* por medio del dedo; sin embargo, no debe descuidarse la esploracion de la cámara posterior de la boca, porque la existencia de úlceras en la faringe podria ilustrar acerca de la naturaleza de la afeccion laríngea, como ya ha sucedido algunas veces.

Tales son los *síntomas locales* que pueden considerarse como propios de la laringitis ulcerosa crónica. Se habrá notado que no he hecho todavía mencion de los accesos violentos de sufocacion, de los síntomas de asfixia, ni en fin de ninguno de los signos que indica el desarrollo del *edema de la glotis*, en razon á que vuelvo á repetirlo, debo reservar para un artículo separado cuanto pertenezca esclusivamente á esta última afeccion.

Veamos ahora cuáles son los síntomas generales que acompañan á la laringitis crónica. Si se ha de creer á los autores, son sumamente graves: la calentura lenta, la demacracion, el marasmo. Pero conviene tambien tener cuidado de no confundir lo que pertenece á la tisis pulmonar con lo que es propio y esclusivo de la laringitis ulcerosa. En los casos en que esta se ha presentado sola, la demacracion en el principio de la enfermedad, ó no ha existido ó ha sido poco manifiesta, y nunca ha llegado á hacer grandes progresos en el curso de la afeccion: la intensidad notable de los síntomas locales y un nuevo aumento de la inflamacion han sido casi siempre los que ocasionaron la muerte, produciendo una infiltracion serosopurulenta de la glotis y como consecuencia la asfixia. Solo en los casos de laringitis venérea, y cuando la sifilis ha llegado á hacerse constitucional, se notan los síntomas á cuyo conjunto se ha dado el nombre de *caquexia sifilítica*, y de la cual he observado un caso notable. En los últimos tiempos, cuando la inflamacion toma un carácter agudo marcado, se observa movimiento febril como en la laringitis ulcerosa aguda.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad varía segun que la laringitis ulcerosa es aguda ó crónica; en el primer caso es rápido, no se observan intermitencias bien marcadas, y se presentan pronto los accidentes de la laringitis edematosa y su terminacion funesta.

Digitized by Google

Por el contrario, la laringitis ulcerosa crónica sigue un curso lento é irregular, de tal modo, que á intervalos mas ó menos grandes pueden ceder los síntomas repetidas veces para volver á aparecer finalmente con una intensidad no acostumbrada, y dar orígen á los mismos accidentes que la laringitis ulcerosa aguda.

No es menos variable la *duracion* de la enfermedad, y asi entre las observaciones de laringitis ulcerosa aguda he hallado casos que no han durado mas de tres ó cuatro dias (1) contando desde el momento en que se han presentado de un modo evidente todos los síntomas, y rara vez han pasado de diez ó doce dias. La duracion de la laringitis crónica no está todavía bien determinada, y por lo comun es de algunos años.

La *terminacion* de la laringitis ulcerosa aguda es las mas veces funesta y casi siempre han persistido los síntomas hasta la muerte, sin que haya sido posible calmarlos un solo instante. ¿Sucede otro tanto en la laringitis ulcerosa crónica? Si fuesemos á atender á todos los casos de este género citados por los autores, seria preciso responder afirmativamente, porque en el mayor número habia, además de la tisis laríngea, una tisis pulmonar, causa principal de la muerte. Pero si se consideran solo los casos, ciertamente poco numerosos, en que no hay alteracion alguna en los pulmones, puede conservarse la esperanza de salvar al enfermo, sobre todo si la laringitis es de naturaleza sifilítica. Sin embargo, no debe disimularse que la observacion tiene que hacer aun mucho respecto á este punto, porque pocos son los hechos auténticos que poseemos de terminacion favorable de esta enfermedad.

Cuando se logra salvar al enfermo, es raro que la voz recobre su timbre normal: en un caso que he observado quedó la voz casi apagada á pesar de haber desaparecido todos los demas síntomas.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las alteraciones anatómicas son numerosas y variadas. En la *laringitis ulcerosa aguda* se hallan una ó mas úlceras de

(1) Observ. de Boudet, etc.

Digitized by Google

la membrana mucosa, ocupando unas veces el tejido submucoso y otras los músculos: estas úlceras se encuentran ordinariamente sobre las cuerdas vocales ó en la base de los cartílagos aritenoides. El resto de la mucosa está roja y cubierta á veces de una capa de materia puriforme. Miller ha visto en un caso una úlcera profunda entre la epiglotis y la raiz de la lengua, y otra en la cara inferior de este opérculo. En varios de los que tengo á la vista hubo abscesos submucosos que se estendian las mas veces hasta mas allá de la laringe.

En la *laringitis ulcerosa crónica* hay ulceraciones irregulares, que residen principalmente en el cartílago cricoides, hácia su articulacion con los aritenoides, y dejan al descubierto una porcion mayor ó menor de estos cartílagos. Estos se hallan osificados, cariados, necrosados y destruidos en parte, y además se observan las lesiones que hemos descrito al hablar de la laringitis ulcerosa aguda, y que sobrevienen ordinariamente al fin de la enfermedad, cuando esta toma un carácter mas ó menos agudo.

A veces se ha visto la epiglotis desgastada, medio corroida y hasta perforada de parte á parte, de lo que Morgagni (1) refiere un ejemplo. En una memoria reciente ha descrito Trousseau (2) caries y necrosis muy considerables de la laringe con fístula esterna, y ha hecho dibujar un caso de osificacion y destruccion del cartílago tiroides, que da una idea de los desórdenes que esta afeccion puede ocasionar en el esqueleto cartilaginoso de la laringe.

Finalmente, se han hallado otras lesiones muy importantes, puesto que determinan la muerte, pero que describiremos en el artículo *Edema de la glotis*, al cual pertenecen mas particularmente. Bastan estas indicaciones generales para caracterizar anatómicamente una enfermedad, cuyas lesiones se han descrito con mucho cuidado por un gran número de autores.

(1) *De sed. et caus. morb.* epist. XXVIII, 10.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.* marzo, 1842.

Digitized by Google

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. La laringitis ulcerosa aguda apenas puede confundirse mas que con otras enfermedades que residan tambien en la laringe, y entre las cuales indicaré la primera la *laringitis aguda simple*. Estas afecciones se distinguirán una de otra por los signos siguientes: la laringitis aguda simple se presenta con bastante frecuencia en el estado de salud, ocasiona menos dolor y produce una espectoracion puramente mucosa. La laringitis ulcerosa aguda aparece casi siempre en el curso de otra afeccion, ocasiona un dolor vivo y constante, y los esputos son á veces puriformes y estan mezclados con sangre. Este diagnóstico es todavía poco preciso á pesar de estar basado en las mejores observaciones.

La violencia de las accesiones, su separacion por intervalos de calma, durante los cuales los síntomas son muy ligeros, la debilidad y la alteracion de la voz, y finalmente, la poca edad de los enfermos, bastan para distinguir la *laringitis estrídula* de la laringitis ulcerosa aguda.

Tampoco podrá confundirse, y por las mismas razones, la *laringitis seudomembranosa* con la ulcerosa, y ademas tendremos las mas veces para distinguirla la presencia de falsas membranas en la faringe y su espulsion con los esputos.

La *laringitis ulcerosa crónica* tiene puntos de semejanza con un gran número de enfermedades. Barth, á quien debemos una escelente memoria sobre este asunto (1), ha trazado con sumo cuidado el diagnóstico de esta afeccion.

Entre las enfermedades que tienen su asiento en la laringe examinaremos primero la *laringitis crónica simple*. En esta enfermedad, como ya hemos dicho, el dolor es por lo comun poco intenso, y sobre todo no presenta exacerbaciones bien manifiestas como en la laringitis ulcerosa crónica. La dificultad de respirar es menos considerable, y sin duda, como queda indicado, han sido casos de este género los que han hecho decir

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 3.ª serie, 1839, t. V, p. 137 y siguientes.

Digitized by Google

á Trousseau y Belloc que no se presentaba la disnea en la mitad de los enfermos. La voz puede hallarse muy alterada en la laringitis crónica simple, pero generalmente llega á un grado mas notable en la laringitis ulcerosa, que tiene su asiento por lo comun en las cuerdas vocales. Finalmente, en esta última enfermedad hay á veces esputos redondeados, semejantes á pus concreto, que es preciso sin embargo no confundir con las concreciones del mismo género que suministran las amígdalas, y presenta tambien á veces la espectoracion restos de cartílagos mas ó menos alterados, lo cual es un signo patognomónico.

Se ha procurado distinguir la laringitis ulcerosa crónica del *edema de la glotis*, cuestion sumamente importante, pero que sería prematuro tratar en este artículo y que dejo para el siguiente, en que nos ocuparemos de la *laringitis serosopurulenta* ó *edematosa*.

Por último, pudiera tomarse por una simple laringitis ulcerosa un verdadero *cancer de la laringe;* pero estos casos son muy raros, y por consiguiente solo tienen un mediano interés para el práctico. Solo diremos que en una observacion de cancer de la laringe, que citan Trousseau y Belloc (*lug. cit.*, pág. 132), solo pudo reconocerse la naturaleza de la enfermedad por la presencia de un tumor ulcerado en el lado izquierdo y parte media de la laringe, habiéndosela podido confundir hasta entonces con una laringitis ulcerosa ó mas bien con un tumor de naturaleza diferente.

No me detendré á hablar aqui de las *vegetaciones* halladas en la laringe, porque las consideraciones que á ellas se refieren serán objeto de otro lugar.

Entre las enfermedades que no tienen su asiento en la laringe, y que pudieran confundirse con la laringitis ulcerosa crónica, citaré primero las úlceras de la tráquea, de las que han referido ejemplos notables Cayol (1) y Barth (*lug. cit.*, pág. 170). Hé aquí como el segundo de estos dos autores distingue estas úlceras de las de la laringe: «El sitio del dolor en la parte inferior del cuello, ó detrás de la parte superior del esternon, y la aspereza poco pronunciada de la voz con los síntomas de las

(1) *Recherch. sur la phthisie trach.*, tésis, Paris, 1810.

Digitized by Google

úlceras de las vias aéreas, indican que estas úlceras ocupan la tráquea.»

Se ha tratado tambien de distinguir el *asma* y el *enfisema pulmonar* de la laringitis ulcerosa crónica; pero este diagnóstico me parece de poca importancia, y basta recordar que en el asma no se altera el timbre de la voz de un modo notable, para que no se confundan dos enfermedades que no tienen mas puntos de semejanza qne la disnea y la inspiracion sibilante. Se ha citado por último la existencia de un *crup crónico* como capaz de dar lugar á un error de diagnóstico; pero no insistiré en este particular, que solo puede ocurrir en casos puramente escepcionales.

Despues de haber espuesto los signos distintivos de la laringitis ulcerosa, vamos á ver si por los síntomas podriamos venir en conocimiento de su naturaleza y del sitio exacto que ocupa en la laringe.

1.° *¿La laringitis ulcerosa es ó no sifilítica?* Esta cuestion ofrece grandes dificultades, y hasta es irresoluble en cierto número de casos. Hé aquí los signos que indica Barth: «Si no existe ningun fenómeno morboso en el pecho, sobre todo si el enfermo tiene vestigios de una infeccion venérea constitucional (úlceras ó cicatrices en los labios ó en la garganta, pústulas mucosas, etc.,) se deberia considerar á las úlceras como sifilíticas.» Creo por consiguiente inútil decir que el médico debe esplorar con el mayor cuidado todas estas partes, y sobre todo la faringe, en cuyo órgano se han observado á veces úlceras semejantes á las de la laringe.

2.° *¿Puede esta afeccion ser idiopática aun cuando no sea sifilítica, ó no es mas que una complicacion de otra enfermedad mas grave, de la tisis pulmonar?* Aqui surgen nuevas dificultades. Se leen en dos autores cierto número de observaciones en que en la autopsia solo se hallaron lesiones de la laringe; pero por desgracia muchas de estas observaciones carecen de los detalles mas importantes. Sin embargo, como hay algunas que son concluyentes y entre otras la primera de la memoria de Barth, hay necesidad de investigar su diagnóstico, aunque estos casos sean sumamente raros. Diremos pues con el autor que acabamos de citar: «Si al mismo tiempo que faltan completamente los síntomas pulmonares y los vestigios de una afeccion sifilítica, se pre-

Digitized by Google

sentan los fenómenos propios de las ulceraciones, á consecuencia de una laringitis aguda y sin nuevo movimiento febril, se puede considerar á estas úlceras como idiopáticas.» Debo no obstante añadir que este diagnóstico necesita la confirmacion de los hechos, y que es muy dificil, por otra parte, decidirse en ciertos casos acerca de la existencia de los síntomas de la tisis pulmonar. No debe pues concederse á estos signos distintivos un valor demasiado absolúto.

3.° *¿Cuál es el punto exacto que ocupa la solucion de continuidad?* Dejemos hablar tambien á Barth, que ha tratado perfectamente esta cuestion. Dice: «la sensacion de dolor por encima de la laringe, la dificultad de deglutir y el retroceso de las bebidas por la nariz, indicarán que las úlceras ocupan la epiglotis, el contorno del orificio superior de la laringe, ó en fin, que han alterado profundamente los cartílagos aritenoides y los músculos de la laringe. La ronquera pronunciada hará creer que residen en las cuerdas vocales y que tienen cierta estension, y la estincion completa de la voz denotará que se hallan estensamente ulceradas las dos cuerdas vocales, ó alterados los ligamentos tiro-aritenoideos ó los músculos del mismo nombre, ó destruidos los cartílagos aritenoides.»

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa aguda y de la laringitis simple aguda.*

LARINGITIS ULCEROSA AGUDA.	LARINGITIS SIMPLE AGUDA.
Se presenta casi siempre en la *convalecencia* de otra enfermedad.	Se presenta las mas veces en el *mejor estado de salud.*
Espectoracion puriforme; estrias de sangre.	Espectoracion *mucosa.*
Dolor intenso.	*Dolor* mas ligero.

Este diagnóstico dista mucho de ser riguroso, y en algunos casos es inaplicable.

Digitized by Google

2.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa aguda y del crup falso.*

LARINGITIS ULCEROSA AGUDA.	CRUP FALSO.
Accesiones menos marcadas ; síntomas mas violentos en los *intervalos.*	*Accesiones* violentas y en los *intervalos* síntomas ligeros.
Calentura mas ó menos intensa.	Poca ó ninguna *calentura.*
Voz siempre profundamente *alterada.*	*Voz* solo un poco *ronca* en el intervalo de las accesiones.
Solo ataca por lo comun á los *adultos.*	Solo ataca por lo comun á los *niños.*

3.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa crónica y del crup.*

LARINGITIS ULCEROSA AGUDA.	CRUP.
No hay alteracion en la faringe á no ser úlceras en algunos casos.	*Falsas membranas* en la *faringe.*
Espectoracion mucosopurulenta, á veces con estrías de sangre.	*Falsas membranas* en las materias espectoradas.
Disnea de mediana intensidad en los primeros dias.	*Sufocacion* desde que la falsa membrana ha invadido la laringe.

4.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa crónica y de la laringitis crónica simple.*

LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA.	LARINGITIS ULCEROSA SIMPLE.
Dolor intenso en ciertas épocas de la enfermedad.	Poco ó *ningun dolor.*
Disnea mayor ó menor, sobre todo en ciertas épocas.	*Respiracion fácil* ó poco dificultosa.
Voz siempre *notablemente alterada,* y por lo comun enteramente apagada.	*Voz* á veces *un poco alterada.*
Espectoracion *mucosopurulenta;* grumos de pus concreto, á veces estriados de sangre.	Espectoracion puramente *mucosa.*

Digitized by Google

5.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa crónica y de la traqueitis ulcerosa.*

LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA.	TRAQUEITIS ULCEROSA.
Dolor fijo en la *parte superior* de la laringe.	*Dolor* en la *parte inferior* del cuello ó detrás de la parte superior del esternon.
Voz profundamente *alterada.*	*Voz* casi *natural.*

6.° *Signos distintivos de la laringitis ulcerosa no sifilítica y de la sifilítica.*

LARINGITIS ULCEROSA NO SIFILÍTICA.	LARINGITIS ULCEROSA SIFILÍTICA.
Conmemorativos. No hay infeccion venérea.	*Conmemorativos. Infeccion* venérea.
No hay úlceras ni cicatrices en los labios, ni en la garganta, ni pústulas mucosas, sifilides, etc.	Vestigios sifilíticos en otras partes del cuerpo: sifilídes, pústulas, cicatrices, etc.

No creo necesario añadir que este último diagnóstico nunca puede ofrecer una certidumbre absoluta, escepto en los casos en que coinciden con la aparicion de la laringitis síntomas venéreos consecutivos bien marcados.

Pronóstico. Lo que he dicho acerca de la terminacion de la laringitis ulcerosa basta para probar cuánta es su gravedad. Hay muy pocos ejemplos de *laringitis ulcerosa aguda* que hayan terminado por la curacion; pero en cuanto á la *crónica*, existen muchas observaciones en que ha tenido un éxito feliz, sobre todo en las que eran de naturaleza sifilítica y han cedido á un plan mercurial.

La antigüedad de la afeccion y los desórdenes profundos anunciados por las materias orgánicas arrojadas con la espectoracion, hacen el pronóstico mas grave: sin embargo, esta regla puede tener algunas escepciones, porque todos conocen el hecho tantas veces citado de un hombre que ha visto Hunter curar perfectamente despues de haber arrojado por la espectoracion un fragmento de cartílago cricoides cariado. No obstante, estas escepciones son sumamente raras.

Digitized by Google

Creo casi inútil decir que la laringitis ulcerosa que complica á la tisis pulmonar debe considerarse como mortal.

Queda ahora una cuestion que se ha debatido mucho, y en la que se hallan divididos los mejores talentos. *¿Puede ser consecutiva la tisis pulmonar á la laringitis ulcerosa, y resultar, como se ha dicho, á consecuencia de esta laringitis?* Se han citado casos en que á pesar de la existencia indudable de una laringitis ulcerosa, no ha presentado el pecho, esplorado con mucho cuidado y por todos los medios conocidos, ningun signo de tubérculos, y en los cuales, habiéndose declarado mas tarde la tisis pulmonar ha llegado á ocasionar la muerte. ¿Se sigue de aquí que en estos casos la laringitis ulcerosa haya realmente producido la tisis pulmonar? No me parece un hecho demostrado; porque primero, no son siempre tan seguros en todos los casos los signos diagnósticos de una tisis pulmonar en sus principios, para que no puedan desconocerlos aun los prácticos mas ejercitados; y segundo, es demasiado corto el número de hechos citados para que puedan probar que no hay una simple coincidencia entre el desarrollo de la tisis pulmonar y el de la laringitis ulcerosa.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Al tratar del método curativo de la laringitis ulcerosa se suscita una grave dificultad, cuya causa se adivina fácilmente: no habiendo tenido cuidado los observadores de distinguir esta forma de laringitis de otras muchas que tienen con ella puntos de semejanza, resulta que los medios de tratamiento se han aplicado indistintamente á estados morbosos muy diversos. Voy pues, á dar á conocer lo que se halla de mas preciso en los hechos publicados, deseando que los prácticos comprueben la exactitud de las aserciones emitidas por los autores.

Seria inútil que nos remontásenos muy allá en la historia de la medicina para buscar los medios de tratamiento propios de la laringitis ulcerosa, porque en una época remota el diagnóstico, menos preciso aun que en estos últimos años, no permitia que se indicase un tratamiento especial para cada especie de laringitis. Sin embargo, no puede admitirse, con

Digitized by Google

Trousseau y Belloc, que los antiguos no hayan dejado dicho nada acerca del tratamiento de la tisis laríngea. Ya Vido Vidius (1), que reconoció y descubrió las úlceras de la laringe mejor de lo que lo han hecho despues de él muchos autores, que hasta ha indicado muy bien la terminacion por sufocacion, y que en fin habló en términos propios de la comunicacion de la tisis laríngea á los pulmones, ha propuesto varios medios terapéuticos contra esta enfermedad. Zacuto Lusitano (2), Teof Bonet (3) y finalmente Cárlos Musitano (4) han imitado en seguida su ejemplo, y luego indicaré los principales medios puestos en uso por estos autores.

Tratamiento de la laringitis ulcerosa aguda. Siendo tan intensos en esta enfermedad los síntomas de inflamacion, se ha pensado naturalmente en oponerles un tratamiento antiflogístico enérgico, en lo cual han estado acordes todos los médicos. Asi se han aplicado gran número de *sanguijuelas* á la parte anterior del cuello, y se ha empleado con frecuencia la *sangría general.* El práctico debe necesariamente recurrir á estos medios, mas no esperar que obtendrá con ellos una curacion radical; pero procurando que disminuya la inflamacion violenta de la laringe, hace desaparecer la tumefaccion de las partes blandas, remedia la sufocacion y reduce la enfermedad á una úlcera simple. Trousseau y Belloc emiten acerca de este punto las reflexiones siguientes que merecen en mi juicio que los prácticos las tomen en consideracion. «Los hechos nos han enseñado, dicen (pág. 308), que la sangría del brazo produce en general mejores resultados que la aplicacion de sanguijuelas al sitio del mal, á no ser que se pongan estas en gran número. Las ventosas escarificadas á la nuca son tambien un medio útil, pero que figura despues de los dos anteriores. Ciertos motivos particulares deben hacernos preferir este ó aquel modo especial de sacar sangre; asi si la afeccion de la laringe coincide con la supresion ó disminucion del flujo menstrual, se aplicarán sanguijuelas á los muslos, y á las márgenes del ano cuando la

(1) *Opera Omnia.* Francofurti, 1696, lib. VIII, cap. VI, p. 315.
(2) *Prax. med. admir.*, obs. CVII; Lugd., 1643.
(3) *Polyathes*, t. II, Gen.; 1691, p. 31.
(4) *Opera medica*, t. II, cap. 43, p. 215. Genevæ, 1716.

Digitized by Google

desaparicion de hemorroides preexistentes coincida con la inflamacion de la laringe, etc., etc.»

Emolientes. Se disponen ordinariamente bebidas y gargarismos emolientes, cuyos medios solo pueden considerarse como ayudantes, y en cuanto á las cataplasmas calientes al rededor del cuello, creen los citados Trousseau y Belloc que producen un efecto enteramente opuesto al que nos proponemos con su uso. «Provocan, dicen estos autores, un aflujo considerable de sangre hácia la garganta, y lejos de calmarse los accidentes, se agravan por el contrario de un modo manifiesto.» Asi pues, se debe tener presente estas consideraciones, aun cuando es sensible que no esten apoyadas en hechos positivos.

Narcóticos. Se han empleado tambien con frecuencia los narcóticos, ya interiormente, ya por medio de *fumigaciones;* pero creo innecesario repetir aquí lo que he dicho relativamente á la laringitis simple crónica (véase pág. 191). La misma reflexion es aplicable al uso de los *calomelanos*, de los *vejigatorios,* del *aceite de croton tiglio* y de los *emetocatárticos;* pues se concibe fácilmente que antes de que se presente el edema ó la infiltracion serosopurulenta de la glotis, se trata en general la laringitis ulcerosa como una laringitis simple aguda. Por otra parte debemos recordar que estos diversos medios rara vez han dado buenos resultados en los casos de úlcera confirmada, lo cual ha hecho decir al doctor James Bedingfield (*lug. cit.*): «Todos los casos de ulceracion de la laringe y de la tráquea tienen una terminacion funesta, y me considero por consiguiente incapaz de indicar ningun medio de tratamiento.» Resulta, pues, de un modo evidente que las medicaciones puestas en uso en estos casos, tienen hasta ahora muy escasa importancia; sin embargo, debe hacerse una escepcion en favor de los *vejigatorios estensos* aplicados á la region laríngea, porque en dos casos de curacion citados por Miller (*lug. cit.*), ha sido este medio el que ha obrado con mas eficacia.

Cuando se manifiestan los síntomas de edema de la glotis hay que apresurarse á emplear los medios que indicaremos en el tratamiento de esta afeccion. Si por el contrario, han desaparecido los síntomas inflamatorios, queda reducida la enfermedad al estado de úlcera de la laringe, que debe tratarse segun vamos á esponer en el método curativo de la laringitis ulcerosa crónica.

Digitized by Google

Tratamiento de la laringitis ulcerosa crónica. En el curso de esta afeccion se presentan exacerbaciones mas ó menos numerosas, durante las cuales aparecen los síntomas del estado agudo, y es necesario recurrir al tratamiento que queda indicado para la laringitis ulcerosa aguda : pero pasada la accesion, seguirá el práctico la línea de conducta que vamos á esponer.

Los medios difieren segun que se considere á la enfermedad como sifilítica ó no, y en este último caso se debe emplear casi todos los remedios que quedan indicados en el artículo *Laringitis crónica simple* (véase pág. 187 y siguientes).

Se prescribirá una *tisana* ligeramente escitante, como la infusion de salvia, de romero, etc., pudiendo variar estas bebidas segun el deseo de los enfermos.

Revulsivos. Los revulsivos son quizá mas necesarios en esta especie de laringitis crónica que en ninguna otra, no porque sean capaces por sí mismos de obtener la cicatrizacion de las úlceras, sino porque pueden impedir la inflamacion de sus bordes y la infiltracion que es su consecuencia, asi como todo el aparato de síntomas que constituye la *laringitis edematosa* ó *serosopurulenta.* Asi pues, se aplicarán *vejigatorios estensos* á la parte anterior del cuello, á la nuca y al pecho; se harán *fricciones* con la *pomada estibiada*, se empleará la *potasa cáustica*, segun el procedimiento de Trousseau y Belloc, y las unturas con el *aceite de croton tiglio* á los puntos que hayan quedado libres (1).

Narcóticos. Se ha apelado tambien á diversos medicamentos narcóticos, y pueden usarse dos que se han referido en el artículo ya citado; sin embargo, debo decir que J. Frank no tiene en ellos una gran confianza, á escepcion del *beleño negro*, que prescribe interior y esteriormente. Hé aqui como administra este medicamento :

Emulsion de J. Frank.

℞ Semillas de beleño negro......		1,25 gram.	(℈j)
Almendras dulces.............		8 gram.	(ʒij)
Polvos de goma arábiga....	ãã	8 gram.	(ʒij)
Azúcar blanca.............			

(1) *Véanse* para mas detalles el artículo *Laringitis simple crónica*, p. 187 y siguientes.

Digitized by Google

Se tritura y se añade :

Agua........................ C. S.

Para una emulsion de 500 gramos (una libra).

Hawkins *(lug. cit.)* recomienda las fumigaciones con las hojas de cicuta, hechas del modo siguiente:

℞ Hojas de cicuta................ 5 gram. (96 ℈)
Agua hirviendo............... 500 gram. (℔j)

El enfermo envolverá la cabeza con un lienzo, y respirará durante cinco ó diez minutos el vapor cargado del principio medicinal.

Al esterior dispone este práctico fricciones ligeras con el *aceite cocido de beleño* á la parte anterior del cuello, y asegura que se han aliviado por este medio un gran número de enfermos. Finalmente, se podrá aplicar el *emplasto de belladona* recomendado por Graves y Stokes (véase pág. 193).

Los antiguos usaban interiormente muchos medicamentos que se hallan abandonados en la actualidad, y forzoso es confesar que con razon, porque no tan solo no se encuentran en parte alguna hechos que les sean favorables, sino que tambien varían en su composicion. Me bastará citar como ejemplo los bálsamos de azufre (simples soluciones en diversos aceites fijos ó volátiles) que han sido recomendados por Teof. Bonet y Cárlos Musitano *(lug. cit.)*.

Medicacion tópica. Esta medicacion debe ser considerada como la mas importante, porque entre cuantas hasta el dia se han indicado no hay ninguna que cuente en su favor resultados tan auténticos. Me limito á remitir al lector á lo que hemos dicho al tratar de la laringitis simple crónica acerca del uso de las *fumigaciones secas*, de las diversas *cauterizaciones* y de la *insuflacion de medicamentos pulverulentos*. Solo haré notar aqui que ya Vido Vidius tenia una idea de la influencia de los tópicos en las úlceras laríngeas, y hé aqui en prueba un gargarismo que recomienda que se use en todos los casos.

Gargarismo de Vido Vidius.

℞ Cebada....................... 2 puñados.
Rosas rojas.................... 30 gram. (℥j)

Digitized by Google

Hojas de apio silvestre.......	ãã 15 gram. (℥ß)
Raiz de regaliz..............	
Pasas.......................	
Azufaifas...................	
Higos secos.................	

Se hace hervir todo en

Agua comun.................... C. S.

Se continúa la ebullicion hasta que queda reducido á la tercera parte, y se dulcifica con

Miel rosada.................... 30 gram. (℥j)

Se hacen gárgaras cinco ó seis veces al dia.

Vido Vidius habia ideado tambien incorporar en la miel ciertas sustancias astringentes ó absorventes, como la *tierra sellada*, el *incienso* y la *mirra* reducidos á polvo, y hacer tragar lentamente al enfermo estas preparaciones que tenian una consistencia media entre el jarabe y la opiata, de modo que se detuviese una porcion del medicamento en la parte superior de la laringe, y hasta esperaba que entrase una cierta cantidad en este órgano. Indudablemente esta era una tentativa de medicacion tópica, aunque todavía muy grosera.

Patisier (1) ha ensayado en un enfermo la prescripcion siguiente:

℞ Miel......................... 120 gram. (℥jv)
Sulfuro de potasa............. 2 gram. (ʒß)

Mézclese y frótese con esta mezcla el interior de la boca y de la faringe.

No parece que este remedio haya producido efecto alguno favorable en el caso en que ha sido empleado.

En la actualidad se emplea la *insuflacion* y la *introduccion* de un líquido medicinal por medio de una esponja fija en una ballena que hace llegar directamente una parte del remedio al punto que se quiere curar. Entre las sustancias medicinales que se introducen por este medio en la laringe, se deben elegir principalmente los cáusticos líquidos, porque los medicamentos en polvo tienen el inconveniente de ocasionar una tos mucho mas violenta y pertinaz, y por consiguiente perjudican al buen éxito de la medicacion. No obstante, si se quisiese emplear un medi-

(1) *Bibl. méd.* t. LXVII, p. 2101, 820.

Digitized by Google

camento en polvo, se debe dar la preferencia al *nitrato de plata* y hacer uso de una de las fórmulas citadas en la pág. 202.

Tratamiento de la laringitis ulcerosa sifilítica. Hemos dicho ya que el mayor número de curaciones que se han obtenido han sido de esta afeccion, y asi desde que se pueda adquirir, no ya la certidumbre, sino tan solo algunas sospechas de que la laringitis es de naturaleza sifilítica, se debe usar cuanto antes contra ella un tratamiento apropiado.

J. Frank aconseja para *bebida* el *cocimiento de raiz de zarzaparrilla* mezclado con leche, y Zacuto Lusitano *(lug. cit., De rauced. voc.)* cita un caso de curacion solo con el uso de la zarzaparrilla en un sugeto que habia contraido mucho antes la sifilis, y que tenia muchos años hacia la voz tan alterada que no podia hacerse comprender.

Segun Hawkins (*lug. cit.*) la zarzaparrilla tiene el inconveniente de alterar las funciones del estómago, y para evitarle recomienda que se añada al cocimiento una corta cantidad de *gengibre*.

Se debe usar simultáneamente una preparacion mercurial, como las *píldoras de Sèdillot*, segun la fórmula de Rayer (véase pág. 134), ó bien las siguientes:

Píldoras de protoioduro de mercurio.

℞	Protoioduro de mercurio... / Tridacio..................	ãã	1 gram.	(20 ℥)
	Estracto gomoso de opio......		15 centigram.	(9 ℥)
	Estracto de guayaco.........		4 gram.	(ʒj)

Se preparan treinta píldoras, de que se toma una por la tarde, cinco horas despues de haber comido, ó una, mañana y tarde, si se cree oportuno aumentar la dosis.

Los autores ingleses recomiendan en general el uso de los *calomelanos*, pero no estan conformes en la dosis, y así mientras que Hawkins aconseja administrar este medicamento hasta la salivacion, J. Cheyne (1), por el contrario, considera como muy funesto este efecto del mercurio. Los hechos no han decidido aun acerca de este punto.

Muchos prácticos, entre los cuales debemos contar á Hawkins,

(1) *Cyclop. of pract.* art. LARINGITIS.

Digitized by Google

han recomendado particularmente las *fumigaciones de cinabrio*, que deben hacerse con las precauciones minuciosamente indicadas an el artículo *Coriza ulcerosa (Ozena)*.

Ya debe suponerse que si estas preparaciones mercuriales no son suficientes, deben sustituirse con las numerosas fórmulas que se hallan en las farmacopeas, aunque sin embargo no se debe el médico dar prisa á abandonarlas con demasiada facilidad. Importa tambien mucho no obstinarse en administrar los preparados mercuriales en los casos en que parezca que la constitucion se halla alterada por el abuso del mercurio, porque de hacerlo así se aumentaria el desórden en vez de remediarle. En estos casos podria recurrirse con mayor éxito probablemente á la tisana de Feltz, que contiene una sustancia á la cual todavía no se halla habituado el organismo. Hé aqui la fórmula:

Tisana de Feltz.

℞	Zarzaparailla............	60 gram.	(℥ij)
	Cola de pescado.........	10 gram.	(ʒiij)
	Sulfuro de antimonio lavado en agua hirviendo...	90 gram.	(℥iij)
	Agua....................	2 litros.	(4 cuartillos.)

Se reduce á un litro (2 cuartillos), y se toma á vasos durante el dia.

J. Frank tiene mucha mas confianza en las *fricciones mercuriales ligeras*, y efectivamente, es un medio que en todos tiempos se ha considerado como muy eficaz en los síntomas consecutivos de la sifilis. Se practican del modo siguiente:

Fricciones mercuriales. Se dará una friccion diaria alternando entre la parte interna de los muslos y de los brazos, de modo que cada cuatro dias se vuelva á empezar las fricciones en el miembro en que primero se han practicado. Cada cuatro dias tomará el enfermo un baño tibio, y al salir de él se acostará en una cama caliente, de modo que pueda obtener una traspiracion suave. En cada friccion se emplearán 2 gramos (media dracma) de ungüento de mercurio, y su duracion será de cinco á diez minutos. Mientras dure este tratamiento se debe evitar con todo cuidado el frio y la humedad, y el médico debe inspeccionar con detencion el estado de la boca á fin de evitar que sobrevenga un aflujo de sangre

Digitized by Google

hácia su cámara posterior, lo cual aumentaria los accidentes que se trata de combatir.

El doctor Andouard (1) cree que son mas eficaces estas fricciones *practicándolas en las partes genitales*, en razon de la simpatía que hay entre estas y la laringe; pero nada ha confirmado hasta ahora la exactitud de esta asercion, ni aun la observacion que refiere este profesor.

Del mismo modo se podria emplear el *ungüento mercurial de Cirillo*, pero á mitad de dosis. Hé aquí su preparacion:

℞ Deutocloruro de mercurio....... 4 gram. (ʒj)
Manteca...................... 30 gram. (℥j)

Mézclese y tritúrese en un mortero de vidrio por espacio de doce horas.

Si una sola friccion al dia pareciese insuficiente, se prescribirán dos con las precauciones que acabo de indicar. Por último, si se creyese necesario emplear un medicamento tópico, se echará mano de la insuflacion de los polvos de calomelanos, segun la fórmula indicada en la página 288.

Tales son las medicaciones que se aconsejan contra la laringitis ulcerosa. Hasta ahora no hemos hablado de algunos medios que solo pueden considerarse como ayudantes, tales como los *purgantes*, los *pediluvios*, los *maniluvios sinapizados* y las *lavativas escitantes*, pues basta hacer mencion de ellos.

Traqueotomía. Debo repetir aqui lo que ya he dicho varias veces, á saber: que solo nos limitamos en este artículo á la laringitis ulcerosa que no ha llegado aun á ocasionar una infiltracion y tumefaccion de la glotis bastante considerables para producir un principio de asfixia, y en este caso no es posible que se decida el práctico á hacer una operacion que de ningun modo indica aun la poca intensidad de la disnea. Sin embargo, algunos han creido, y Bedingfield lo ha propuesto espresamente, que debia practicarse la laringotraqueotomía á fin de poder aplicar los medicamentos convenientes en el mismo sitio del mal; pero no me parece que sea admisible semejante práctica. En efecto, la operacion ofrece por sí misma peligros que nadie podrá negar, y mientras que aun

(1) *Revue méd.*, 1837.

Digitized by Google

sea posible la respiracion, tiene el médico á su disposicion sobrados medios que esperimentar para que sea preciso que se apresure á usar el instrumento cortante. Trousseau y Belloc se espresan respecto á este particular del modo siguiente: «Cuando la tumefaccion de la membrana mucosa y del tejido celular subyacente han llegado hasta el punto de no permitir que pase á los pulmones una cantidad suficiente de aire, se debe abrir á la respiracion una nueva vía bastante ancha, á fin de prevenir la muerte que es inminente.» Nadie en la actualidad se opondrá á semejante precepto, pero es mas bien aplicable á la *laringitis edematosa* ó *serosopurulenta*, como veremos en el artículo siguiente.

Precauciones generales que se deben tomar en el tratamiento de la laringitis ulcerosa. 1.° El enfermo debe guardar casi completo y hasta absoluto silencio, si el caso es bastante grave para exigirlo.

2.° Vestirá interiormente de franela y evitará con cuidado el frio y la humedad.

3.° Evitará andar con rapidez contra el viento y aspirar polvo que pueda producirle tos.

4.° Renunciará á las grandes fatigas corporales y á los escesos de todo género.

Régimen. Puede consultarse para el régimen el artículo *Laringitis simple*, y creo inútil decir que en la laringitis ulcerosa aguda la dieta debe ser absoluta, pero luego que hayan desaparecido los síntomas inflamatorios, no se debe insistir en un régimen demasiado severo que debilitaría inútilmente al enfermo. Esta recomendacion es todavía mas importante en los casos en que la constitucion se halla deteriorada por la sifilis constitucional, en cuya circunstancia es necesario un *plan nutritivo*, y hasta una corta cantidad de *vino añejo*.

No me he ocupado hasta ahora del tratamiento de otras lesiones que pueden existir en otras partes del cuerpo al mismo tiempo que la laringitis ulcerosa, porque no entra en mi plan tratar de las complicaciones. No obstante, como en ciertos casos la laringitis ulcerosa, aun siendo la enfermedad principal, puede estar acompañada de síntomas poco intensos aun de *tisis pulmonar*, creo conveniente añadir que el médico debe

Digitized by Google

vigilar con la mayor atencion el estado del pecho, á fin de poder en tales casos emplear cuanto antes los medios que convienen en esta última enfermedad, y que indicaremos al hacer su historia.

Resúmen, *prescripciones*. Solo presentaré aqui un corto número de prescripciones, porque son aplicables á la laringitis ulcerosa la mayor parte de las que hemos consignado en el artículo *Laringitis simple crónica*.

PRESCRIPCION I.

LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA, NO SIFILÍTICA.

1.° Para bebida.

℞ Sumidades de salvia ó romero	10 gram.	(ʒijß)
Agua hirviendo	1 quilógram.	(℔ij)

Se infunde durante un cuarto de hora y se dulcifica con

Jarabe de guayaco	30 gram.	(℥j)

Se tomará á vasos enteros durante el dia.

2.° Un vejigatorio ancho á la parte anterior del cuello.

3.° Insuflaciones, mañana y tarde, con el nitrato de plata en polvo (véase pág. 203).

4.° Mantener el vientre libre por medio de minorativos. Un pediluvio sinapizado todas las noches.

5.° Vestido interior de franela; evitar el frio y la humedad; guardar silencio y seguir un régimen suave y ligero.

Pueden hacerse otras prescripciones que sean aplicables á todos los casos, valiéndose de los numerosos detalles que hemos dado en el artículo *Laringitis simple crónica*.

PRESCRIPCION II.

LARINGITIS ULCEROSA SIFILÍTICA.

1.° Para bebida:

℞ Zarzaparrilla cortada	64 gram.	(℥ij)
Guayaco raspado } āā	10 gram.	(ʒijß)
Corteza de boj } āā		

Digitized by Google

Corteza de torbisco... } ãã 10 gram. (ʒijß)
Cola de pescado....... }
Agua.................... 1500 gram. (℔iij)

Se hace hervir hasta que quede reducido á un litro (2 cuartillos) y se cuela en seguida. Se toma á vasos en las veinticuatro horas (tisana de Arnoud).

Se dulcifica con

Jarabe de genciana.......... 60 gram. (℥ij)

2.° Una ó dos píldoras al dia de protoioduro de mercurio (véase pág. 350).

3.° ℞ Ungüento mercurial................ 50 partes.
Estracto de belladona.............. 10 partes.

Mézclese exactamente.

Se da una friccion mañana y noche á la parte anterior del cuello con 4 gramos (1 dracma) de esta pomada (Trousseau y Belloc).

O bien se prescribe las fricciones mercuriales segun el procedimiento de J. Frank.

4.° Se hace uso de los demás medios prescritos en los casos de laringitis ulcerosa no sifilítica.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Laringitis ulcerosa aguda:* sangrías, emolientes, narcóticos y revulsivos.

2.° *Laringitis ulcerosa crónica:* revulsivos, narcóticos, cáusticos líquidos ó pulverulentos, gargarismos escitantes, astringentes y cateréticos.

3.° *Laringitis ulcerosa sifilítica:* sudoríficos, mercuriales, tisana de Feltz, etc.

ARTICULO VI.

EDEMA DE LA GLOTIS.

(Laringitis edematosa y serosopurulenta.)

La terminacion de las diversas anginas ha llamado en todos tiempos la atencion de los patólogos: todos han indicado el

Digitized by Google

grave peligro de estas afecciones cuando adquieren cierta intensidad, y les ha impresionado vivamente la muerte producida por asfixia en los numerosos casos que posee la ciencia. Pero ¿cuál es la causa verdadera de esta asfixia? ¿Cuál es la lesion anatómica que asi pone el conducto aéreo impermeable al paso del aire? Hé aqui lo que no siempre les era fácil establecer por falta de conocimientos anatómicos bien exactos. Entre las lesiones que llegan á ocasionar este género de muerte, la infiltracion serosa ó serosopurulenta de la glotis ha sido la que permaneció por mas tiempo desconocida, tanto que es preciso llegar á Morgagni (1) para hallar algunos detalles circunstanciados acerca de la infiltracion de las partes blandas de la laringe en los sugetos afectados de laringitis ulcerosa crónica. Mas tarde Bichat (2) ha indicado en pocas palabras las lesiones anatómicas de esta enfermedad, y señalado además sus síntomas mas marcados. Dice este autor (pág. 399): «Lo que hay de cierto es que la porcion (de la membrana mucosa) que forma la abertura superior de la laringe, está sujeta á una especie particular de infiltracion serosa, que no se manifiesta en ninguna otra parte, y que engrosando mucho sus paredes, sufocan por lo comun en muy poco tiempo á los enfermos.» Mas adelante (pág. 404) cita tambien un ejemplo de esta afeccion desarrollada en un perro, á quien él habia practicado incisiones por encima de la laringe y cuya epiglotis habia perforado. «Una vez, dice, uno de los perros sometidos á este esperimento, ha muerto al dia siguiente de una angina serosa exactamente semejante á la que sufoca de pronto á los enfermos, y que tiene su asiento en los dos pliegues de la membrana mucosa que se estienden entre los aritenoides y la epiglotis.»

Sin embargo, por exactas que fueran estas indicaciones, habia aun mucha distancia de ellas á la descripcion detallada de la enfermedad y á la apreciacion de las circunstancias principales en medio de las cuales se desarrolla. Asi puede decirse que esta afeccion no ha sido realmente conocida antes de Bayle, porque es preciso no dejarse engañar por ciertas denominaciones empleadas por los autores del siglo pasado. Cuando se lee, por ejemplo, la descripcion que hacen Boerhaave y su

(1) *De caus. et sed.* epist., IV, 27, y epist. XLIV, 13.
(2) *Anat. descript.*, t. II, *Membrana laríngea.*

Digitized by Google

comentador, con el título de *angina acuosa*, convence muy pronto que estos dos médicos célebres no tenian una idea exacta de la enfermedad de que nos estamos ocupando, sino que querian hablar principalmente de la infiltracion serosa de las partes blandas de la faringe (1).

En realidad pertenece á Bayle el honor de haber dado á conocer el conjunto de accidentes que dependen de lo que generalmente se ha llamado despues *edema de la glotis* (2).

Desde entonces se han publicado numerosos trabajos acerca de la laringitis edematosa, de los cuales los mas recientes son los de Trousseau y Belloc, Legroux, Bricheteau, Fleury (3), y yo mismo he tratado este asunto con todos sus pormenores en una memoria (4) inserta en las de la Academia de medicina. Como para la redaccion de este trabajo he tenido á la vista un gran número de observaciones, cuyo estudio me ha conducido á algunos resultados nuevos é importantes, tendré precision de citarle con frecuencia en la sucesion de este artículo. No me detendré ahora á hacer mencion de los demás autores que se han ocupado de este asunto, porque ya tendré ocasion de citarlos á menudo; solo sí diré que sus investigaciones han modificado en muchos puntos las ideas de Bayle, y que uno de los primeros que ha señalado los puntos que debian sufrir estas modificaciones ha sido Bouillaud, cuya memoria acerca de la angina edematosa (5) contiene observaciones sumamente interesantes. Sin detenerme mas en esta revista histórica, pasemos ya á la descripcion de la enfermedad.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El edema de la glotis es una afeccion en la que á consecuen-

(1) *Aphor.*, t. II, p. 634.

(2) Su memoria, leida en 1808 á la Sociedad de medicina de París y reproducida en parte en el *Diccionario de ciencias médicas*, se halla inserta en la actualidad en el *Journal de médecine, chirurgie*, etc., etc., t. IV, enero de 1819.

(3) *Des causes, de la nat. et du traitement de la ang. laryngée œdeme.* (*Journal de méd.* Enero, 1844.)

(4) *Memoire sur l' œdeme de la glotte.* (*Mem. de l' Acad. de méd.* t. XI. Paris, 1845.)

(5) *Archiv. gén.*, 1.ª serie, t. VII, 1825.

Digitized by Google

cia de una inflamacion poco intensa, de la formacion de un absceso, ó bien de la flegmasia de los bordes de una úlcera reciente ó antigua, los pliegues mucosos de la laringe se infiltran de una serosidad mezclada ó no con pus, obstruyen la abertura de la glotis y dan lugar á los síntomas de la asfixia. No es este el lugar de defender esta *definicion* que las investigaciones mas recientes me hacen adoptar; pero me ocuparé de ello al describir las lesiones anatómicas.

Bayle habia dado á esta afeccion el nombre de *edema de la glotis* ó *angina laríngea edematosa;* Bricheteau (1) le conserva el de *angina acuosa* que habia puesto Boerhaave, como ya hemos dicho, á una enfermedad determinada. Cruveilhier (2) quiere que se la llame *laringitis submucosa*, y el autor del artículo *Inflamacion de la laringe* del *Dicc. de med.* (t. XVII, 1838), ha adoptado esta denominacion. Mas adelante veremos que no puede convenir este último nombre á la enfermedad de que nos estamos ocupando, porque unas veces es una inflamacion superficial de la mucosa, y otras una ulceracion profunda las que dan orígen á la *infiltracion submucosa* de las partes inmediatas.

La laringitis edematosa ó serosopurulenta, si bien no es una enfermedad de las mas *frecuentes*, no es tampoco sumamente rara, y en la actualidad posee la ciencia un gran número de casos, aunque es preciso buscarlos bajo los nombres de *tisis laríngea*, *laringitis ulcerosa*, etc., afecciones de que ella es la terminacion.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Es muy raro observar esta especie de laringitis en los niños. Guersant y Blache, Trousseau y Belloc han hablado de algunos casos de anasarca en que la laringe se habia infiltrado como todo el resto del cuerpo, y hasta estos dos últimos autores citan la observacion de una niña de ocho años que atacada de una infil-

(1) *Archiv. générales de médecine,* 3.ª serie, 1841, t. XII, p. 315.
(2) *Diccion. de med. y cirug. práct.* art. LARINGITIS.

Digitized by Google

tracion general á consecuencia de la escarlatina, presentó todos los síntomas de una angina edematosa; pero habiéndose curado no se pudo comprobar el estado de la laringe. Billard (1) refiere casos casi semejantes observados en recien nacidos. Pero todos estos hechos carecen de los detalles necesarios para poder formar nuestra opinion. Rilliet y Barthez (2) han citado dos casos de edema en niños de cuatro y cinco años. Estas son las observaciones mas auténticas que prueban la existencia en esta edad de la afeccion que nos ocupa. Barrier (3) ha visto otro en un niño de siete años y medio. Por mi parte, entre treinta y seis casos que he consultado (véase *Mem. cit.*, pág. 121), solo he hallado dos en que los enfermos eran menores de diez años.

Sexo. Esta enfermedad ataca con mas frecuencia al *sexo masculino* que al femenino, y asi, de cuarenta casos que he reunido, veintinueve eran hombres y tan solo once mugeres, lo cual debe depender, segun todas las apariencias, de los hábitos higiénicos.

Lo mismo sucede con la *constitucion;* pero solo respecto á la constitucion primitiva de los sugetos, porque es muy cierto que por lo comun se presenta la enfermedad en personas debilitadas y deterioradas por afecciones agudas ó crónicas.

Importa tomar en consideracion esta última circunstancia, porque es la única que los hechos observados han puesto fuera de duda. En efecto, si examinamos detenidamente todos los casos en que se ha presentado esta especie de laringitis, hallaremos muy pocos en que no haya sido *durante el curso ó en la convalecencia* de otra enfermedad, y hasta la laringitis edematosa no es por lo comun mas que una terminacion de la laringitis ulcerosa, de modo que en la imaginacion del patólogo estas dos enfermedades solo forman en realidad una sola cuando se suceden una á otra, y los progresos de la última ocasionan casi necesariamente el desarrollo de la primera. Asi pues, la division que he establecido es artificial, y solo pueden escusarla las necesidades de la práctica.

Estado de salud anterior. Para mayor precision y poder resolver con conocimiento de causa una cuestion frecuentemente

(1) *Traité des malad. des enfans*, p. 511.
(2) *Trait. clin. des mal. des enf.*, t. I, p. 431.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.* 1844.

Digitized by Google

discutida en estos últimos años, he reunido las observaciones mas concluyentes, y su exámen nos da el resultado que sigue: entre cuarenta observaciones tomadas de Bayle y Tuilier (1), Bouillaud (2), Miller (3), Cruveilhier, Trousseau y Belloc, Legroux, Bricheteau, etc., solo hallo cuatro en las cuales parece que la enfermedad se ha desarrollado hallándose el sugeto en estado de salud y por una laringitis primitiva. En los demás casos ha sobrevenido la infiltracion serosa ó serosopurulenta de los pliegues aritenoepiglóticos en la convalecencia de una enfermedad aguda, ó en el curso de una afeccion de la laringe, y principalmente de las úlceras, fuesen ó no sifilíticas. Las enfermedades en cuya convalecencia se ha declarado la laringitis edematosa son: la pulmonía, el catarro pulmonar, la tisis, las diversas formas de fiebres que se admitian en la época en que escribió Tuilier, la fiebre tifoidea, la angina faríngea observada por Bricheteau, etc.; pero particularmente se ha presentado en la convalecencia de las fiebres, y en dos casos citados por Bouillaud y Miller ha precedido á la aparicion de los síntomas laríngeos una erisipela que invadió la cabeza.

Resulta pues, que para que sobrevenga la infiltracion serosa ó serosopurulenta de la laringe, exige condiciones particulares y que se la debe considerar como afeccion primitiva.

Otra cuestion que afecta á la *naturaleza de la enfermedad*, es saber si puede desarrollarse el edema de la glotis sin inflamacion anterior, ó en otros términos, si hay un edema esencial de la glotis. Pero antes de entrar en su discusion, debemos señalar un error que se ha cometido. Cuando hablo del edema inflamatorio, no quiero designar únicamente los casos en que se hallan inflamados los tejidos edematosos, sino tambien aquellos en que una flegmasia inmediata (laringe, faringe, tejido celular del cuello) ha ocasionado el edema de las partes próximas, como sucede por ejemplo en las inflamaciones próximas á los párpados. Efectivamente son muy numerosos los casos de esta clase.

Asi pues, solo podremos considerar como un edema no inflamatorio el que se verifique por una simple infiltracion serosa,

(1) *Essai sur l' angine œdém.* tesis, 1815.
(2) *Archives de médecine*, 1825, t. VII, p. 174.
(3) *Lond. med. Gaz.* enero, 1833.

Digitized by Google

sin flegmasia de la mucosa laríngea, de la base de la lengua, de la faringe, etc., y los hechos que hasta ahora se han aducido para probar que esto puede suceder son poco numerosos y menos concluyentes. Citaré primero el que ha referido Barrier (*lug. cit.*), y en el cual se presentó el edema despues de la escarlatina, en el curso de una anasarca. Trousseau habia citado ya un caso análogo (1). Tambien hemos visto anteriormente que Guersant y Blache habian hecho igualmente mencion de otros parecidos. Benoît (2) ha creido ver un edema no inflamatorio, una verdadera fluxion serosa en dos casos que tomó de Morgagni (3), en el que ha referido Merat, y que yo he analizado en mi memoria, y otro que se ha observado en el Hospital general de Paris en 1835 y que está descrito en pocas palabras. Finalmente, le ha parecido á Fleury *(lug. cit.)* que debia referir al edema no inflamatorio las cuatro primeras observaciones de Tuilier.

Tales son los hechos citados en apoyo de la opinion de los que admiten la existencia del edema simple no inflamatorio. Lo primero que hay que decir de estos hechos es, que á escepcion del de Barrier y de los de Tuilier carecen de los pormenores mas importantes. En cuanto al de Barrier he demostrado en mi memoria (*lug. cit.*, pág. 98) que no es concluyente, y como no hay ninguno entre los demás que nos presente tantos motivos reunidos para hacernos creer en el edema puro y simple, seria inútil que nos detuviéramos á examinarlos. Debemos no obstante hacer notar que las cuatro observaciones de Tuilier, al contrario de lo que piensa Fleury, deben colocarse entre los casos de edema inflamatorio.

Lo que hace equivocarse es que hay una inflamacion ligera de la mucosa que basta en ciertas disposiciones para producir el edema, y que puede desaparecer despues de la muerte. La prueba de esto se halla en muchos casos bien observados, en que habia infiltracion serosopurulenta, y sin embargo la mucosa estaba pálida y delgada. Sucede en estos casos lo mismo que en ciertas inflamaciones de los párpados que producen á veces un edema considerable y que se forma pronto. Yo no pongo en duda que la anasarca consecutiva á la escarlatina no predispon-

(1) *Journal des conn. méd.-chir.*, julio, 1836.
(2) *Journal de la Soc. de méd de Montpellier*, 1844.
(3) *De caus. et sed.*, epist. IV, 26.

Digitized by Google

ga á los niños al edema por la influencia de una laringitis, aunque sea ligera: pero dista mucho de estar probado que no exista, como algunos aseguran, esta inflamacion.

Hé aqui finalmente las conclusiones que he presentado relativamente á las causas en mi *Memoria acerca del edema de la glotis* (*lug. cit.*, pág. 133).

1.° El edema de la glotis es las mas veces debido á una angina que se presenta en el curso ó en la convalecencia de una enfermedad, bien sea aguda, bien crónica, pero con mas frecuencia aguda.

2.° Mas raras veces es la terminacion de una laringitis crónica, casi siempre ulcerosa, ya sea que esta laringitis se haya desarrollado en el curso de la tisis pulmonar, ya que haya sobrevenido primitivamente, lo cual es menos comun.

3.° En cierto número de casos puede dar lugar al edema de la glotis una angina laríngea que aparezca hallándose el sugeto en estado de salud.

4.° Es cuando menos dudoso que haya un edema de la glotis puramente pasivo.

2.° Causas ocasionales.

Rara vez se ha podido apreciar de un modo bien positivo las causas que, en las circunstancias que acabamos de indicar, producen la laringitis serosopurulenta. Solo en dos ó tres casos he hallado que los enfermos se habian quejado de haber estado espuestos al *frio*, cuya causa ha obrado con especialidad en la convalecencia de las enfermedades febriles.

Cuando hay úlceras antiguas ó caries de los cartílagos, la laringitis que nos ocupa depende de los progresos de la afeccion crónica y de las lesiones que esta produce en los tejidos inmediatos. Solo el curso de la enfermedad basta para conducir á esta terminacion funesta, sin que haya necesidad de una causa ocasional que produzca este efecto: sin embargo, se conconcibe fácilmente que la esposicion imprudente al *frio y á la humedad*, *los grandes esfuerzos de la voz* y todas las demás causas de irritacion de la laringe, pueden contribuir á la aparicion de los accidentes acelerando el curso de la enfermedad. No obstante, siempre resulta que este punto de etiología tiene necesidad de ser estudiado nuevamente.

Digitized by Google

La ingestion de sustancias cáusticas puede dar orígen tambien al edema de la glotis, como lo prueba un hecho muy interesante que refiere Charcellay, y del que no me ocuparé mas: el enfermo habia tragado ácido sulfúrico.

§. III.

SÍNTOMAS.

La *invasion* no es enteramente igual cuando la enfermedad es resultado de una inflamacion simple, como en la primera observacion de Bayle (1), como en los casos en que es una de las terminaciones de una afeccion orgánica de la laringe mas ó menos antigua. En el primer caso, bien se halle el enfermo en la convalecencia de una enfermedad febril, ó bien empiece la afeccion laríngea en el estado de salud, lo cual es mas raro, los primeros síntomas son ligeros y consisten en una *sensacion de malestar* que esperimentan los enfermos en la laringe, y que les obliga á hacer inspiraciones fuertes como para espulsar un cuerpo que obstruye la glotis; la *respiracion* se hace un poco dificil, y segun la observacion de Bayle no hay *fiebre* ó es muy poca y continúa el sugeto en un estado de salud bastante regular. Creo inútil advertir que estos síntomas son los de una laringitis ligera, en la cual tal vez haya ya un poco mas de tumefaccion que en los casos ordinarios.

Si se trata, por el contrario, de una infiltracion serosa ó serosopurulenta de la glotis, con lesion profunda de la laringe, preceden á los síntomas de tumefaccion de los pliegues mucosos los que son propios de estas mismas lesiones, en lo cual hay tambien que hacer una distincion. Si la enfermedad primitiva sigue un curso agudo y la inflamacion es muy intensa, como en los ejemplos citados por Laennec, Bayle, Bouillaud, Legroux, etc., el *dolor* que precede á la sufocacion es intenso, hay *calentura* mas ó menos violenta, precedida á veces de *escalofrios* y otras tambien de una *tumefaccion del cuello*, que indican cuánto y á cuánta distancia hace sentir su influencia esta lesion. En estos casos suelen hallarse en la autopsia abscesos

(1) *Nouv. journ. de méd.* etc., t. IV, p. 23.

Digitized by Google

agudos y supuraciones estensas que traspasan á veces los límites de la laringe.

Si la lesion primitiva sigue por el contrario un curso muy crónico, no sobreviene ningun accidente que imprima á los síntomas de este un nuevo carácter agudo, y apenas suele preceder á la sufocacion mas que una dificultad de respirar mayor ó menor, y á veces hasta se anuncia tan solo por el primer acceso la infiltracion de los bordes de la glotis.

Es muy raro que la invasion sea repentina, y solo conozco dos ejemplos de esto que refieren Bayle y Bricheteau. Por el contrario, es muy frecuente, como lo he podido apreciar en mis investigaciones (*lug. cit.*, pág. 135), que se presente violenta y rápida.

Síntomas. Declarada ya la afeccion, se manifiesta por síntomas bastante uniformes para que podamos hacer una descripcion general. Voy pues á examinarlos cada uno en particular; en seguida describiré los accesos de sufocacion en los cuales se presentan reunidos, y finalmente, indicaré las diferencias que pueden presentar los diversos casos.

El *dolor* en la laringe, en la faringe ó en estos dos órganos á la vez, es un síntoma casi constante, y le he hallado treinta y ocho veces en cuarenta casos. Sin embargo, es muy variable, y solo llega á hacerse muy intenso cuando una inflamacion supuratoria aguda ha dado orígen á un absceso: en los demás casos solo hay simplemente una incomodidad, un estorbo en la laringe ó unas punzadas que escitan la tos. Rara vez se ha procurado averiguar si el dolor se aumentaba cuando se comprimia la laringe, y solo se ha comprobado esta particularidad en una pequeñísima porcion de casos. Hay siempre estorbo en la *deglucion* y á veces se hace esta imposible, como lo ha observado Bouillaud. Algunas veces se ha notado la *espulsion de las bebidas por la nariz*, en cuyos casos hay erosion de la epiglotis producida por las úlceras.

No tarda en alterarse la *voz* si ya no lo estaba, y en este último caso aumenta su alteracion, y se vuelve ronca, penosa, apagada y exige esfuerzos del enfermo, durante los cuales parece como dominado por el temor de aumentar su sufocacion. Billard atribuye á la infiltracion de los bordes de la glotis un chillido temblon que se parece al balido de una cabra, y se

Digitized by Google

observa en los recien nacidos que padecen el edema; pero las investigaciones que he hecho acerca de esta enfermedad (1), han demostrado que se presenta este chillido hasta en los casos en que no habia infiltracion, y de aqui he debido concluir que reconocia por causa la suma debilidad de los niños afectados del edema.

La *respiracion* está siempre muy alterada y todos los autores han notado la diferencia que se observa entre la inspiracion y la espiracion. En efecto, la primera es sumamente difícil y exige del enfermo los mayores esfuerzos; á veces hay una verdadera *ortofnea*, como ha sucedido en una observacion de Bouillaud, y en algunos casos hasta esperimentan los enfermos una especie de desesperacion, como ha sucedido en un caso que ha observado A. Lefevre (2) y que fue notable por la intensidad de los síntomas y los buenos resultados de la traqueotomía. Por el contrario, la espiracion se efectúa siempre con cierta facilidad, y es tan notable este fenómeno en el mayor número de casos, que Blache *(lug. cit.)* le da como un signo patognomónico. Durante los esfuerzos de la inspiracion se percibe un estertor, un *ronquido gutural*, por lo comun muy fuerte, el cual solo se nota ordinariamente durante el sueño, en los principios de la enfermedad y cuando todavía no han llegado los síntomas á un grado de violencia escesivo. Este ruido puede hallarse modificado de diversos modos: en efecto, Legroux ha percibido un rozamiento particular, una especie de canto de gallo y un ruido de válvula al fin de cada inspiracion. Otro signo que indica hasta qué punto llega la dificultad de respirar es la precision que tienen los enfermos de mantener la boca entreabierta, lo cual no siempre impide, como se nota en la observacion de Bouillaud, la dilatacion considerable de las ventanas de la nariz en cada inspiracion. Este último signo solo se observa en los casos de mucha intensidad y durante las accesiones.

Aun cuando *percutiendo* el pecho resuene bien en todos sus puntos, no se percibe ó á lo menos se nota poco el *murmullo respiratorio*.

(1) *Clinique des malad. des enf. nouv. nés*, p. 628, Paris, 1838.
(2) Véase *Union médicale*, setiembre, 1848.

Digitized by Google

La tos no presenta carácter alguno esencial, y por lo comun es seca, sufocada y dislacerante.

La *espectoracion* varía segun las lesiones que existen en la laringe: así pues, cuando hay una inflamacion simple, solo se presentan esputos viscosos, segun la espresion de Bayle; si hay úlceras antiguas, se observa la espectoracion que hemos descrito al tratar de la laringitis ulcerosa crónica, y si se abre un absceso en la laringe, los esputos tienen estrías de una materia de color blanco mate ó verdoso. La espectoracion puede ser hasta completamente purulenta, y Bouillaud *(lug. cit.)* cita un ejemplo de esta naturaleza, que es tanto mas notable cuanto que no teniendo fuerza el enfermo para espectorar, arrojaba por una especie de espuicion una cantidad considerable de materia purulenta. En un caso ha notado Bricheteau la espulsion de esputos sanguinolentos y negruzcos, que desaparecieron con los síntomas principales, y la enfermedad tuvo un éxito feliz.

Si se *examina la faringe* se halla á veces una tumefaccion mas ó menos considerable de las partes que la constituyen, y en algunos casos úlceras que han sido la causa principal de la enfermedad, produciendo la infiltracion de las partes inmediatas y de la laringe. Se ha observado tambien en algunos casos que la *epiglotis* estaba hinchada, ulcerada, deforme, formando prominencia hácia la base de la lengua, y finalmente, Tuilier, Legroux, Bricheteau, etc., han podido, introduciendo el dedo en la cámara posterior de la *boca*, percibir el *rodete* formado por la infiltracion de los pliegues aritenoepiglóticos. Volveré á ocuparme de estos signos al tratar del diagnóstico.

Accesion. Tales son los síntomas principales de esta afeccion temible, que persisten mas ó menos durante todo su curso; pero en la generalidad de los casos sobrevienen exacerbaciones intensas, verdaderas accesiones que le dan una fisonomía especial. Con intervalos mas ó menos largos, aparece casi siempre de repente una disnea escesiva; los enfermos perciben la sensacion de un cuerpo estraño que obstruye completamente la faringe, por lo comun se llevan la mano al cuello como para arrancarlo, y ha habido algunos (*obs.* de Bayle y de Bouillaud), que hasta procuraban introducir los dedos en la garganta para sacar el obstáculo, y que pedian que se les abriese la laringe ó

Digitized by Google

se les diese un instrumento cortante para hacer ellos mismos esta abertura. En estos casos los síntomas de asfixia llegan á su mas alto grado; la cara está lívida, los ojos prominentes y huraños, cubre toda la cara un sudor frio, falta calor en las estremidades, y hay una agitacion estrema y á veces vértigos, como lo ha observado Bricheteau. Segun Bayle, la duracion de estas accesiones es de cinco minutos á un cuarto de hora, y los intervalos que las separan varían entre ocho dias y algunas horas. El hecho es cierto; pero hay que hacer una distincion. Es indudable que en la laringitis edematosa que sucede á una laringitis ulcerosa crónica, las primeras accesiones de sufocacion pueden manifestárse con mas de ocho dias de intervalo; pero en los casos, bien de inflamacion simple, bien de abscesos de la laringe ó de ulceraciones agudas, hay siempre varias accesiones en las veinticuatro horas, y son muy irregulares los intervalos que las separan.

En el *intervalo de las accesiones*, la cara, de congestionada y lívida, se vuelve pálida, y sucede á la agitacion una postracion profunda, presentándose tambien muy á menudo un sopor que va siempre en aumento si la enfermedad debe tener un éxito funesto.

El *pulso*, débil, concentrado y miserable, se hace además irregular é intermitente durante las accesiones, y se presenta siempre mas ó menos acelerado, pero mucho mas en los casos de inflamacion violenta, en los cuales el movimiento febril caracterizado por el calor de la piel, una ansiedad estrema y los desórdenes de la circulacion, pueden llegar á un grado estraordinario.

Se ha observado tambien con bastante frecuencia, y Cruveilhier y Bouillaud han citado varios ejemplos de estos, una tumefaccion mas ó menos considerable del cuello, síntoma que solo se observa en los casos en que hay lesiones profundas en la laringe.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad varía notablemente, como ya lo he indicado, segun que el edema de la glotis resulte de una

Digitized by Google

inflamacion aguda ó de una lesion crónica. En uno y otro caso hay accesiones de sufocacion bien marcados; mas en el primero, los accesos son violentos é irregulares desde el principio, y sobrevienen varias veces en las veinticuatro horas; y en el otro aparecen primero en épocas distantes (ocho, diez y hasta quince dias), y luego se van aproximando hasta el punto que despues de cierto tiempo ya se observan uno ó mas en las veinticuatro horas, y la enfermedad llega entonces al mismo grado que en el caso anterior. Cuando la afeccion es muy aguda, las accesiones, aunque muy intensas, son menos marcadas que cuando es crónica, y resulta además de los hechos que he reunido (*Mem. cit.*, pág. 154), que la rapidez en el curso de la enfermedad está en razon directa de la intensidad de la inflamacion.

Por lo que queda dicho ya debe venirse en conocimiento de que la *duracion* de esta laringitis es muy variable. Bayle ha visto casos que se prolongaron por mas de un mes, que son aquellos en que la infiltracion de la laringe es consecutiva á una afeccion crónica. No es posible dudar que en estos casos haya varias infiltraciones, que se disipen pronto y produzcan las primeras accesiones, al paso que mas tarde y haciendo progresos la lesion orgánica, la infiltracion llegue á ser permanente. En los casos en que la enfermedad primitiva era aguda, la duracion casi nunca ha escedido de cinco ó seis dias. En cuanto á la *duracion de los accesos*, es muy variable, puesto que en un sugeto que ha observado Bayle ha sido tan solo de diez minutos, al paso que en otro se prolongó durante una hora.

Importa mucho considerar la *terminacion* de esta enfermedad. Algunas veces han sucumbido los enfermos en medio de la accesion misma, y la muerte por asfixia no puede ser entonces dudosa. Pero lo mas comun es que perezcan los enfermos en el intervalo de las accesiones. Se observa que se van debilitando cada vez mas, y que despues de cada acceso quedan mas postrados y mas abatidos y soporosos; su semblante espresa el desaliento, y á veces, como lo ha observado Bayle, tienen un aspecto cadavérico; se debilita el pulso y el enfermo se va acabando poco á poco conservando las mas veces el conocimiento. ¿Cuál es en estos casos la causa de la

Digitized by Google

muerte? Bayle, considerando que por lo comun no se hallaba bastante obstruida la glotis para impedir que el aire penetrase en los pulmones, y que no era en un acceso de disnea donde sucumbia en enfermo, pensaba que debia atribuirse la muerte á cierto espasmo del pulmon que impedia que el aire sufriese en este órgano los cambios necesarios para la hematosis. Bouillaud ha combatido con justo motivo esta opinion: porque es demasiado evidente que la muerte depende de la imposibilidad del paso del aire por la laringe para que pueda ponerse en duda, y si fuese necesaria una prueba, no habria mas que citar los casos en que la traqueotomía ha reanimado á enfermos casi moribundos con solo haber dejado al aire un paso libre para las células pulmonares. Si parece que la respiracion está libre poco antes de la muerte, es porque dilatándose muy poco el pecho, apenas pasa al través de la glotis estrechada una columnita muy pequeña de aire. En algunos casos no se ha logrado por la traqueotomía reanimar á los enfermos, pero es porque entonces, como lo ha hecho observar muy bien Cheyne, todos los órganos estan atacados de un estupor considerable por el aflujo de la sangre no oxigenada. Senn (1) ha citado un caso de muerte repentina, que es único de que tengo noticia.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Voy á indicar muy rápidamente las diversas lesiones anatómicas que se han hallado en la autopsia, empezando por las que pertenecen en propiedad á la laringitis serosa ó serosopurulenta.

Bayle ha hallado siempre los bordes de la glotis hinchados, engrosados, blancos y como temblorosos. En los casos que este autor ha examinado formaban estos bordes un rodete mas ó menos prominente y muy infiltrado de una serosidad, que era dificil hacer salir aun comprimiendo entre los dedos una porcion de membrana en la cual se habian hecho varias incisiones.

(1) *Journ. des progr.*, 1829.

Digitized by Google

Esta infiltracion que Bayle ha observado está comprobada igualmente por muchos autores, y en particular por Bichat y Lisfranc, que han observado lo siguiente: cuando el aire es empujado hácia la laringe de arriba abajo, los rodetes que acabamos de describir se vuelven hácia dentro y obstruyen mas ó menos completamente la abertura de la glotis. Si por el contrario, como Lisfranc lo ha esperimentado muchas veces, se empuja el aire con un soplete por la abertura inferior de la laringe, pasa con facilidad por la abertura superior y los rodetes se separan sin el menor trabajo. Esta disposicion esplica fácilmente los fenómenos observados durante la vida en los dos tiempos de la respiracion.

Bayle apenas describe ninguna otra alteracion orgánica, y sin embargo, si consultamos las observaciones, notaremos que son mucho mas variadas. Asi se han hallado los pliegues ariteno-epiglóticos, las cuerdas vocales y hasta todo el tejido submucoso de la laringe infiltrados de un líquido purulento, y mas á menudo aun serosopurulento, estendiéndose á veces esta infiltracion hasta la faringe y al tejido celular subcutáneo de la region laríngea. Algunas veces en las mismas partes infiltradas se hallan exulceraciones y un reblandecimiento mas ó menos considerable de la membrana mucosa, lesiones evidentemente recientes. En otros casos hay solo una simple rubicundez, á la que en un caso que cita Lawrence (1) se agregaron unas granulaciones en la superficie de la membrana.

Tales son las lesiones que pertenecen en propiedad á la laringitis edematosa ó serosopurulenta. Solo añadiré dos palabras relativamente á las alteraciones recientes ó antiguas que han sido la causa primordial. Se hallan destrucciones mas ó menos profundas de la mucosa y del tejido submucoso; la osificacion y la caries de los cartílagos, que estan negros, desprendidos, frágiles y nadando en el pus; abscesos bajo la mucosa laríngea, comunicando unas veces con la cavidad de la laringe y otras enteramente aislados. Estos abscesos que contienen en algunos casos un pus flemonoso, presentan á menudo una sanies líquida. Se han hallado tambien perforaciones de los cartílagos, úlceras y abscesos de la faringe.

(1) *Med. chir. Trans. of London*, t. VI, p. 221; 1819.

Digitized by Google

Puede verse en mi memoria (pág. 89 y siguientes) cuál es la frecuencia relativa de estas diversas lesiones, que he estudiado con mucha atencion y he espuesto con grandes detalles.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. El diagnóstico de esta afeccion tan grave ha ocupado mucho á los autores, asi es que poseemos respecto á este particular datos muy exactos. Pero antes de esponer el resultado de las investigaciones mas minuciosas, debo decir dos palabras de un modo de esploracion que ha sido considerado por unos como muy seguro y por otros como muy incierto: hablo del *tacto* ejercido sobre la parte anterior de la laringe. Tuilier (*lug. cit.*) fue el primero que tuvo la idea de introducir el dedo en la cámara posterior de la boca para reconocer el estado de las partes, y en el mayor número de casos llegó este autor á comprobar la existencia de dos rodetes blandujos, que formaban prominencia hácia atrás y sobre los lados de la epiglotis: pero algunas veces, y particularmente en un caso cuya observacion ha publicado, no pudo percibir nada de estos rodetes. Mas tarde ha obtenido Lisfranc (1) el mismo resultado, y recientemente Bricheteau ha hecho reconocer á muchos médicos los dos rodetes que acabamos de indicar. Por otra parte, han asegurado muchos autores que el tacto no suministraba ningun signo de valor. ¿De qué depende esta diferencia de opinion acerca de un hecho que puede comprobarse físicamente? Probablemente de que no siempre la infiltracion tiene su asiento en los pliegues aritenoepiglóticos, y que muchas veces ocupa las cuerdas vocales inaccesibles al tacto. Resulta de esto, por una parte, que no debe echarse en olvido este modo de esploracion, puesto que puede suministrarnos un signo patognomónico, y por otra, que no debe concedérsele una confianza ciega, porque puede existir la enfermedad de una manera evidente, sin que se reconozca por el tacto la tumefaccion de la laringe.

(1) *Mém. sur l' ang. laryng. œd.* (*Journ. gén.* t. LXXXIII, 1825.)

Digitized by Google

Esploracion por el tacto. Para esplorar la parte superior de la laringe por medio del tacto, es necesario que el enfermo abra la boca todo lo que le sea posible; en seguida se introduce el dedo índice sobre uno de los lados de la faringe, hácia la parte esterna de la epiglotis, y cuando su estremidad ha atravesado este opérculo, se la conduce hácia adentro, de modo que el pulpejo vaya á parar sobre la abertura de la laringe. Esta maniobra debe hacerse con rapidez á fin de no aumentar con ella la sufocacion.

Algunas veces es muy dificil llegar hasta la laringe, porque no puede el enfermo abrir bien la boca, lo cual sucede principalmente cuando hay una gran inflamacion de la faringe, como en uno de los casos que cita Bouillaud.

Diagnóstico diferencial. Las enfermedades con las cuales pudiera confundirse la laringitis serosopurulenta, son casi las mismas que pueden equivocarse con la laringitis aguda intensa. Vamos á examinarlas sucesivamente.

En la *laringitis aguda simple* hallamos un gran número de síntomas de la laringitis serosopurulenta aguda; sin embargo, hay en esta última una dificultad en la respiracion mucho mas marcada, y los ronquidos guturales, el rozamiento y los ruidos particulares que presenta en la inspiracion, no se manifiestan en tan alto grado en la laringitis simple aguda. Las accesiones de sufocacion son mucho mas intensas y mas marcadas. Si se hace la *auscultacion* en los diversos puntos del pecho, se nota que á pesar de los grandes esfuerzos de inspiracion apenas penetra el aire en el pulmon, y falta en efecto por completo ó casi enteramente el murmullo respiratorio. Finalmente, si se puede comprobar por el tacto la existencia de los rodetes edematosos, quedan desvanecidas todas las dudas.

La *laringitis crónica simple* ó *ulcerosa* no puede confundirse con la enfermedad que nos ocupa á pesar de la alteracion de la voz. En la primera es poco considerable la disnea y no hay accesos de sufocacion. En la segunda cuando se presentan estos síntomas con gran intensidad, es porque la enfermedad termina por el edema de la glotis.

La *laringitis estrídula* apenas ataca mas que á los niños, al paso que la que estamos tratando ejerce sus estragos en los adultos. La primera deja entre los accesos de sufocacion inter-

Digitized by Google

valos en los cuales los síntomas son muy ligeros y apenas está alterada la voz; estos signos bastan para distinguir las dos enfermedades.

La *laringitis seudomembranosa* no es tampoco mas dificil de distinguir; su existencia casi esclusivamente reducida á los niños y la presencia de la falsa membrana en la mucosa faríngea, bastan comunmente para esclarecer el diagnóstico.

Por los conmemorativos podremos distinguir la afeccion que nos ocupa de la presencia de *un cuerpo estraño* introducido en las vias aéreas.

Quedan ahora las afecciones que ocasionan accesos de sufocacion, pero que no tienen su asiento en la laringe. Las que citan los autores como susceptibles de confundirse con la laringitis serosopurulenta son: el *asma*, el *enfisema pulmonar* y el *aneurisma de la aorta.*

En cuanto al *asma* y al *enfisema pulmonar* ¿debemos tratar en realidad de establecer un diagnóstico entre estas enfermedades y la laringitis edematosa? Me parece que no, porque á pesar de los accesos de sufocacion y de la respiracion sibilante, la falta de dolor, de constriccion y en general de todo síntoma perteneciente á la laringe, no permite que se cometa el menor error.

En un caso citado por Bayle y recogido por Cayol, se tomó un *aneurisma de la aorta* por un edema de la glotis. ¿Cómo podríamos establecer el diagnóstico en un caso semejante si volviese á presentarse? Los síntomas que aparecian en el enfermo eran los siguientes: voz ronca, respiracion dificil y ruidosa, silbido á cada inspiracion, dolor ligero en la laringe, tos y espectoracion de gran cantidad de materias viscosas y filamentosas. Ciertamente que habia en este caso algunos síntomas que podian inducir á error, tanto mas cuanto que el enfermo, que se quejaba á menudo de la laringe, habia padecido enfermedades venéreas. Pero mas tarde el análisis de la observacion demostró: primero, que el dolor de la laringe no era constante; segundo, que aun cuando la disnea aumentaba por momentos, no habia habido verdaderas accesiones de sufocacion; y tercero, que la voz no estaba tan alterada como en el edema de la glotis. Estos signos serian pues suficientes, y si se añade á ellos el exámen de la laringe por el tacto á fin de descubrir el rodete, asi

Digitized by Google

como la auscultacion y la percusion torácicas, llegaria á obtenerse necesariamente un diagnóstico positivo.

Es muy probable que si se hubiesen tomado todas estas precauciones se hubieran evitado algunos errores que se hallan en los autores. Debemos no obstante convenir en que puede haber casos de dificil diagnóstico cuando cirujanos distinguidos se decidieron á practicar la traqueotomia en enfermos que lo que tenian era un aneurisma de la aorta, y hasta ha habido un caso (véase Cheyne, *lug. cit.*), en que el operador tuvo la desgracia de abrir el tumor aneurismático.

El exámen de las observaciones que he reunido para mi memoria (véanse pág. 163 y siguientes) me ha demostrado que un *absceso de la pared posterior de la faringe*, y hasta la simple *infiltracion purulenta de esta parte*, podian hacer creer la existencia de un edema de la glotis, habiendo sido tan grande la semejanza de los síntomas en casos de esta especie, que se ha llegado á practicar la traqueotomía. Asi resulta de una de las observaciones que he citado (*Mem. cit.*, obs. II, pág. 165). El doctor Sime (1) practicó la operacion y con ella se obtuvo un alivio inmediato; pero á los pocos dias murió el enfermo y solo se halló una infiltracion purulenta de la faringe, y la laringe estaba enteramente sana.

En los casos citados por Ballot (2), Priou (3) y Carmichael (4) habia un absceso considerable.

Como acabo de indicar, los síntomas son en estos casos parecidos á los del edema de la glotis, y solo por la inspeccion y por el tacto se puede llegar á formar el diagnóstico. Cuando hay absceso se percibe en el fondo de la faringe un tumor, que por el tacto se reconoce que es fluctuante, al mismo tiempo que nos aseguramos de que no hay rodete aritenoepiglótico. Si es una infiltracion, este último síntoma es el verdaderamente útil; mas sin embargo, se puede apreciar por la vista la inflamacion de la faringe.

(1) Véase *Medic. chir. Rewiew*, abril, 1841.
(2) *Archiv. gén. de méd.* 1.ª serie, t. XXI, p. 564.
(3) *Séances de l' Acad. de méd.* 1830.
(4) *Edimburg med. chir. Trans.*; 1820.

Digitized by Google

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

Signos distintivos del edema de la glotis y de la laringi-da simple.

A DE LA GLOTIS.	LARINGITIS AGUDA SIMPLE.
..sos *de disnea* muy intensos.	*Accesos de disnea* menos manifiestos é intensos.
Ronquidos guturales; ruido de frotacion, inspiracion aguda muy marcada.	Respiracion mas ó menos fuerte, pero sin *ruidos particulares.*
Murmullo respiratorio muy débil y casi nulo en todos los puntos del pecho.	*Murmullo respiratorio* mas ó menos fuerte.
Se percibe por el tacto un *rodete* en la parte superior de la laringe (signo patognomónico).	*No hay rodete* prominente en la parte superior de la laringe.

2.° *Signos distintivos del edema de la glotis y del crup falso.*

EDEMA DE LA GLOTIS.	CRUP FALSO.
Casi nunca ataca mas que á *los adultos.*	Casi nunca *ataca* mas que á *los niños.*
Entre los accesos de sufocacion, síntomas bastante intensos.	*Entre los accesos*, síntomas ligeros.
Voz siempre *muy alterada* en todo el curso de la afeccion.	*Voz muy poco alterada* en los intervalos de los accesos.

3.° *Signos distintivos del edema de la glotis y del crup.*

EDEMA DE LA GLOTIS.	CRUP.
Ataca á los *adultos.*	Ataca principalmente á los *niños.*
Espectoracion mucosa, mucoso-purulenta ó saniosa.	Por lo comun fragmentos de *falsa membrana* en la materia de la *espectoracion.*
Faringe en estado normal ó tan solo inflamada y ulcerada.	Las mas veces *falsas membranas* en la *faringe.*

Digitized by Google

Debemos aplicar á todos estos diagnósticos diferenciales una observacion general, relativa al edema de la glotis, provocado por los progresos de una inflamacion ulcerosa crónica, y es que basta por sí solo el curso de la enfermedad para disipar todas las dudas. Asi pues, cuando en una afeccion de la laringe que ha presentado durante un espacio de tiempo mas ó menos largo los síntomas descritos en el artículo *Laringitis ulcerosa*, sobrevienen accesos de sufocacion y todos los accidentes que dejamos espuestos, debe diagnosticarse una laringitis edematosa ó serosopurulenta, escluyendo todas las demas afecciones que acabamos de mencionar.

4.° *Signos distintivos del edema de la glotis y del aneurisma de la aorta.*

EDEMA DE LA GLOTIS.	ANEURISMA DE LA AORTA.
Dolor constante en la faringe.	*Dolor* ligero en la laringe y *no constante*.
Accesos de sufocacion bien manifiestos.	*Disnea continua*, que aumenta tan solo por intervalos.
Voz muy alterada; grandes esfuerzos para hacerse oir.	*Voz muy poco alterada;* solo un poco de ronquera.
A la *auscultacion* y á la *percusion* no hay ningun signo de aneurisma de la aorta.	Por la *auscultacion* y á la *percusion* se reconoce los signos de un aneurisma de la aorta que comprime la tráquea.

5.° *Signos distintivos del edema de la glotis y del absceso faríngeo.*

EDEMA DE LA GLOTIS.	ABSCESO FARINGEO.
No hay tumor fluctuante en la faringe.	*Tumor fluctuante* en la pared posterior de la faringe.
Rodetes aritenoepiglóticos.	*No hay rodetes* aritenoepiglóticos.

La falta de los rodetes es el único signo importante que sirve para distinguir la *infiltracion purulenta* de las paredes de la faringe del edema de la glotis.

Edema latente. Por mis investigaciones acerca de esta enfer-

Digitized by Google

medad (véase *Mem. cit.*, pág. 171) he adquirido la conviccion de que el edema de la glotis puede existir en estado latente; Louis (1) ha citado algunos hechos de este género. En tales casos, los enfermos estan completamente estenuados y los accesos de sufocacion se pierden en medio de los síntomas de la agonía. Asi pues el diagnóstico no tiene una verdadera importancia.

Pronóstico. El pronóstico de esta afeccion es generalmente muy grave, puesto que en treinta y nueve casos que tengo á la vista, solo se han obtenido nueve curaciones, proporcion que debe todavía disminuirse mucho si se reflexiona que en enfermedades de esta especie hay gran prisa en publicar los casos de curacion, y los funestos quedan por lo comun sepultados en el silencio.

La enfermedad es mucho menos grave cuando la afeccion que ha dado orígen al edema es superficial ó puramente inflamatoria, que cuando es efecto de alteraciones profundas. Asi de los nueve casos de curacion que tengo á la vista, hay cinco que han curado sin el auxilio de la traqueotomía, y cuatro de ellos pertenecen evidentemente á la inflamacion simple, y hasta probablemente en el quinto sucederia lo mismo. Por el contrario, en los casos que ha sido necesaria la traqueotomía en tres habia úlceras antiguas. Por regla general, cuanto mas intensa es la inflamacion, es mayor la gravedad del pronóstico.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Creo inútil decir que el método curativo de una enfermedad tan grave debe ser enérgico, y todos los autores estan conformes en este punto; solo se trata pues, de saber cuáles son los medios á que debemos dar la preferencia. Respecto á esto ya hay mas dificultades, porque como sucede en todas las afecciones muy graves, nadie se atreve en la laringitis edematosa ó serosopurulenta á limitarse al uso de un solo medicamento; se em-

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2.ª ed., Paris, 1843: y *Rech. sur la fièv. typh.* 2.ª ed., Paris, 1842.

Digitized by Google

plean casi todos simultáneamente, y de aqui resulta que es muy difícil averiguar la accion propia de cada uno. Asi pues busquemos en los hechos bien observados las medicaciones complexas que han tenido mejor éxito.

Antiflogísticos. En casi todos los casos se ha apelado á la sangría, ya general ya local, y fácilmente se concibe que debia suceder asi en una afeccion, resultado, ó de una flegmasia muy aguda ó de los progresos rápidos de una inflamacion antigua. La sangría general ha sido recomendada principalmente por Bayle y Miller, Cheyne y Legroux. Este último ha empleado las sangrías repetidas al mismo tiempo que las sanguijuelas; pero al mismo tiempo tiene cuidado de advertir que se debe ser muy sóbrio en la aplicacion de este medio cuando se trata á sugetos debilitados, y que es necesario suspenderle cuando á pesar de repetidas sangrías el alivio es poco considerable. Es mas que probable que la sangría tenga su grado de utilidad, pero tambien es cierto que en ningun caso ha bastado por sí sola para obtener la curacion. Es pues, un medio con el cual solo podrá contarse como un auxiliar de la accion de los demás remedios. ¿Son mas eficaces las *sanguijuelas*? Nada resulta de las observaciones, y ni aun puede saberse si han procurado alguna vez un alivio positivo. Ordinariamente se usan al mismo tiempo que la sangría general, y Bayle aconseja aplicarlas al ano.

Conocerá el lector que no considero á las emisiones sanguíneas como un medio muy eficaz; pues sin embargo, se me ha atacado por haberlas aconsejado, aunque con estas restricciones. Pero ya he hecho notar en otro trabajo *(Mem. cit.)* que basta para que se deba emplear un medio terapéutico, que procure un alivio manifiesto, y que si solo se aconsejasen las medicaciones que curan radicalmente y de un modo fijo las enfermedades, la terapéutica quedaria bien pobre.

Revulsivos. Es raro que no se agregue á la accion de la sangría la de los revulsivos, y asi se aplican al rededor del cuello vejigatorios y sinapismos, y se hacen en la misma region fricciones irritantes, etc. El *vejigatorio* ha sido aplicado por Bayle, Bouillaud, Patissier, Miller, Bedingfield, etc., quienes emplearon generalmente cantáridas anchas dejándolas fijas. Este es uno de los medios que menos deben descuidarse; pero no por esto

Digitized by Google

puede decirse que haya bastado para curar la enfermedad, porque en ninguna ocasion se ha empleado solo. Por mi parte he visto dos casos en que habiéndose aplicado un ancho vejigatorio á la parte anterior del cuello, al mismo tiempo que se administraba el emético en lavativa, se disiparon rápidamente todos los accidentes del edema de la glotis. Estos dos casos recayeron en dos mugeres que padecian hacía ya muchos años úlceras evidentes de la laringe. En uno de estos casos, entre otros, la sufocacion, que habia durado casi sin interrupcion veinticuatro horas, llegó á tan alto grado, que se discutió si debia ó no practicarse la traqueotomía. Pero habiéndome citado Vidal de Cassis, cirujano entonces en Lourcine, en cuyo punto residia la enferma, muchos casos en que con el vejigatorio asociado al emético, se habia obtenido un éxito completamente feliz, he empleado esta medicacion que produjo los mejores resultados, como ya dejo dicho. Los vejigatorios que han conseguido tan buenos efectos eran de grandes dimensiones y ocupaban la parte anterior y los dos lados del cuello. Algunos médicos creen que vale mas aplicar una cantárida á cada lado del cuello, á fin de dejar libre la region laríngea para la traqueotomía, caso que llegase á ser necesaria esta operacion; pero este no es un motivo suficiente, porque la existencia del vejigatorio no constituye en realidad el menor obstáculo, ni impide por consiguiente que se practique esta operacion. Se han colocado tambien los vejigatorios en la nuca, en la parte superior del pecho, á los brazos y á los muslos; pero es dudoso que estos exutorios, y con particularidad los últimos, hayan producido el efecto que de ellos se esperaba.

Los *sinapismos* se han empleado con menos frecuencia, y casi Bayle y Miller son los únicos que citan casos en que se ha hecho uso de este medio como agente principal. En estos casos se observó que la aplicacion de los sinapismos fue seguida de un alivio casi instantáneo, y el que refiere Bayle, cuya observacion pertenece á Merat, presenta sobre todo la particularidad de que el uso de los sinapismos produjo una infiltracion notable de la parte anterior del cuello, y al mismo tiempo una remision manifiesta de todos los síntomas. Los detalles que da Merat me parecen bastante interesantes para que deba reproducirlos aqui.

Digitized by Google

«Los dias 1.º, 6, 11 y 24 de agosto se aplicaron sinapismos á la region laríngea; el primer dia á la parte media de este órgano, el segundo al lado izquierdo, el tercero al derecho, y el cuarto á la parte inferior. Los dos primeros sinapismos produjeron una tumefaccion notable del tejido celular subcutáneo y hasta de la piel, que se puso muy rubicunda, y aun cuando no hubo en este enfermo el menor indicio de edema en los pies ni en las manos, las partes rubicundas se infiltraron de una manera tan manifiesta, que comprimiéndolas con el dedo quedaba la señal de la presion, y apretando una porcion de piel entre los dedos, la serosidad refluia hácia el tejido celular inmediato. El tercer sinapismo produjo ya menos infiltracion y el cuarto muy poca. Cada sinapismo estuvo aplicado cinco horas, y segun se iban aplicando disminuia la sufocacion y remitian los demás síntomas.»

La accion de los sinapismos en este caso es digna indudablemente de llamar la atencion; sin embargo, no se les debe dar mas importancia de la que en realidad tienen, porque resulta de los pormenores de la observacion que la enfermedad no tenia gran intensidad.

Ya hemos dicho que Hutchinson empleaba el *aceite de croton tiglio* en la laringitis; y como muchos casos en que se ha usado este medicamento pueden referirse á la afeccion de que estamos tratando, no debe echarse en olvido este agente terapéutico (véase pág. 190).

Fricciones mercuriales. Las fricciones mercuriales, con tanta frecuencia empleadas en las diversas especies de laringitis, se han usado tambien en la edematosa, y particularmente Bricheteau *(lug. cit.)* las ha prescrito al mismo tiempo que el emético, y ha continuado con constancia en su aplicacion; mas á pesar de haberlas usado hasta la salivacion, no parece que hayan producido buen resultado, escepto en un solo caso. Se practican estas fricciones ya en el cuello, ya en otro punto mas ó menos distante. Bricheteau mandaba hacer fricciones al vientre y á los muslos con 24 *gramos* (6 dracmas) al *dia de ungüento napolitano.* En los demás autores no se hallan detalles bien circunstanciados acerca del uso de esta medicacion.

Tambien se ha dado el *mercurio* interiormente, empleando

Digitized by Google

por lo comun los *calomelanos*. Thompson (1) aconsejó administrar 5 *centígramos* (1 grano) de este preparado *cada seis ú ocho horas*. No conocemos ningun hecho que pruebe de un modo exacto la eficacia de este medio.

En un caso en que ciertas cicatrices han hecho creer que habia sifilis, Legroux recurrió al *ioduro de potasio*: los síntomas remitieron rápidamente y se obtuvo una curacion completa (2). Este hecho no debe ser perdido para el práctico.

Vomitivos. El *emético* ha sido el que se ha administrado casi esclusivamente en la especie de laringitis de que estamos tratando, y ha sido recomendado en particular por Bayle y Cruveilhier y Legroux. Se ha observado que unido á las fricciones mercuriales ha producido buenos resultados en un caso que cita Bricheteau, y yo he indicado otros en que unido al vejigatorio ha obtenido este medio un éxito completo. Asi pues el emético es un remedio que no debe descuidarse, sin que por esto quiera decir que se le conceda una influencia tan grande como en el crup, porque aqui no hay falsas membranas que desprender.

He referido en mis investigaciones (*Mem. cit.*, pág. 180), además del caso que dejo citado en el que se combinó el emético con el vejigatorio, una segunda observacion que prueba los buenos efectos de este tratamiento, en que seguramente desempeña un gran papel el tártaro estibiado.

Tales son los medios que pueden llamarse *indirectos*, y que por lo general son los que mas se usan. No he hablado de los *antiespasmódicos* recomendados por Bayle, sin duda para combatir el supuesto espasmo del pulmon, ni de los *diuréticos* que ha indicado el mismo autor, porque si estos medicamentos producen algun efecto como ayudantes, no parece que hayan influido jamás de un modo notable en el curso de la enfermedad.

Medios directos. 1.° *Insuflacion de sustancias pulverulentas*. Rara vez se recurre á las insuflaciones en los casos de edema de la glotis confirmado. En uno que observó Legroux (*lug. cit.*, pág. 94), se insufló varias veces en la laringe el alumbre en polvo; pero el enfermo sucumbió sin que este medio hubiese pro-

(1) *Chron. laryng.*, etc. (*The Lancet*, t. I, p. 543, 1834).
(2) *Bull. gén de thér.*, abril y noviembre de 1846.

ducido el menor efecto sobre la enfermedad. Nos inclinaremos poco á esta medicacion, si reflexionamos que las insuflaciones son irritantes, y pueden, á lo menos por el momento, aumentar los accidentes, lo cual no es tan solo una teoría, sino que en los casos en que se prescriben las insuflaciones en una laringitis ulcerosa crónica, se observa que inmediatamente despues de la introduccion del medicamento en la laringe sobreviene una sufocacion que dura mas ó menos tiempo. Es lástima que Legroux no nos haya dado á conocer los resultados inmediatos de estas insuflaciones.

De lo dicho resulta que en el estado actual de la ciencia no se puede recomendar las insuflaciones de sustancias pulverulentas, y que la observacion ulterior podrá hacernos decidir acerca de este punto.

Incision, *escarificacion* y *dislaceracion del rodete edematoso*. Lisfranc (1) fue el primero que concibió la idea de hacer salir por medio de incisiones mas ó menos numerosas el líquido seroso ó serosopurulento que ingurgita el tejido submucoso de la laringe, y cita este cirujano cinco casos en los que se obtuvo por esta operacion un alivio inmediato, y mas tarde una curacion completa. En un sesto caso se ha practicado repetidas veces á intervalos variados, y solo obró como paliativo : habia lesiones profundas de la laringe, que llegaron al fin á causar la muerte del enfermo. Hé aqui como Lísfranc practicaba las escarificaciones.

Escarificacion del rodete edematoso: procedimiento de Lisfranc. Se toma un bisturí un poco corvo, de hoja estrecha, larga, fija al mango y cubierta con una cinta hasta 3 ó 4 milímetros (1 $^1/_2$ ó 2 líneas) de su punta. Se manda al enfermo que abra bien la boca, y se mantienen separadas las mandíbulas por medio de un pedazo de corcho colocado profundamente entre los arcos dentarios y sostenido en una de sus estremidades por un ayudante. Sentado el enfermo enfrente del operador, y sostenida la cabeza contra el pecho de un ayudante, se introducen en la boca los dedos índice y medio de la mano izquierda, hasta el rodete edematoso; se desliza de plano el bisturí por encima de estos dos dedos, cogido por el mango como una pluma de es-

(1) *Mem. sur l' ang laryng œd.* (*Journ, gén. de méd.*, t. LXXXIII, 1823.)

Digitized by Google

cribir, y luego que llega á la laringe se dirige el corte hácia delante y arriba, y despues de haber levantado el mango se le va bajando poco á poco comprimiéndole ligeramente sobre la punta. De este modo es imposible dejar de abrir el tumor.

Al principio deben hacerse pocas escarificaciones, porque empleando la presion bastan dos ó tres incisiones ligeras, que se multiplican despues fácilmente por el mismo procedimiento, si se conceptúan necesarias.

Estas escarificaciones, dice Lisfranc, producen la salida del humor infiltrado, y á veces una exudacion sanguínea ligera que ocasiona una deplecion saludable. Tambien contribuye mucho á disminuir el tumor la tos que provoca la caida de algunas gotas de serosidad en la laringe.

Los resultados inmediatos de estas escarificaciones pueden ser contrariados por una inflamacion mas ó menos intensa que produzcan en la laringe y partes inmediatas, en cuyo caso se deben emplear las emisiones sanguíneas generales y locales que hacen desaparecer muy pronto esta inflamacion traumática.

Antes de entrar en algunas consideraciones acerca de la operacion propuesta por Lisfranc, voy á esponer las modificaciones que á la misma ha hecho Legroux. Segun nos dice este autor, el recuerdo del hecho siguiente, que Marjolin refirió en sus lecciones, le sugirió la idea de intentar la dislaceracion de la membrana mucosa. En un caso de angina edematosa empleó Marjolin, para rasgar la mucosa hinchada, un pedazo largo de raiz de altea que introdujo en la faringe hasta el exófago, y con la cual practicó movimientos de arriba abajo, y por consiguiente rozamientos sobre estos órganos. Esta operacion obtuvo el mejor resultado. Hé aqui el procedimiento de Legroux:

Procedimiento de Legroux. «Corto, dice, la estremidad libre de la uña de mi dedo índice, de modo que forme puntas agudas, y rasgo hasta donde me es posible, la mucosa hinchada. Despues de esta operacion sale una gran cantidad de mucosidades.»

Legroux cita casos en que esta maniobra produjo un alivio casi instantáneo.

¿En qué consiste que despues de los hechos que acabo de referir, las escarificaciones y la dislaceracion del rodete edematoso se hallan tan poco recomendadas? Debemos primero buscar

Digitized by Google

la causa en la dificultad que se presenta frecuentemente de distinguir el rodete mismo, y otra razon es que detiene en general á los prácticos la persuasion en que estan de que estas escarificaciones y rasgaduras solo producen la salida de una pequeñísima cantidad de líquido infiltrado, aun en los casos en que el rodete es mas accesible.

La primera objecion exige algunas esplicaciones. Es indudable que no siempre se puede reconocer el rodete, puesto que como lo ha demostrado Cruveilhier, la tumefaccion puede residir en la parte inferior de la laringe; pero este no es un motivo para rechazar este método curativo, sino para reconocer que solo es aplicable á cierto número de casos. En una palabra, se le debe intentar siempre que se perciba claramente el rodete edematoso.

En cuanto á la segunda objecion, me parece mas teórica que práctica. Se han referido los esperimentos de Bayle, que hallaba dificultad en esprimir algunas gotas de serosidad de estos rodetes despues de divididos, y de aqui se concluye que la operacion de que nos ocupamos debe producir poquísimo efecto; pero las observaciones positivas que citan Lisfranc y Legroux, deben animar á los prácticos á seguir su ejemplo cuando se hallan en circunstancias semejantes.

Resta ahora la dificultad de la operacion. Es cierto que en algunos casos es muy dificil introducir el instrumento cortante hasta la abertura de la laringe, y esta consideracion hará que tal vez se prefiera el procedimiento adoptado por Legroux, y que ya habia indicado Lisfranc, cuando decia: «tal vez las uñas largas y cortantes bastarian para abrir el tumor.» Pero tambien puede temerse que estas rasgaduras y dislaceraciones de un tejido ya afectado, lleguen á ocasionar una inflamacion mas intensa que las simples escarificaciones. Hay pues, segun acabamos de ver, en esta cuestion de terapéutica, lo mismo que en tantas otras, problemas muy dificiles de resolver, y acerca de cuyo valor la observacion exacta decidirá. Me contentaré pues con añadir que los hechos de Legroux no son tan concluyentes como parece á primera vista, porque se han empleado al mismo tiempo que la dislaceracion de los rodetes vejigatorios anchos, cuyo medio ya sabemos que posee una actividad incontestable.

Laringotraqueotomía. Es ya muy antigua la idea de recurrir

Digitized by Google

á esta operacion en la laringitis edematosa, y no puede dudarse que muchos casos de angina en los cuales se ha aconsejado antes de ahora la traqueotomía, eran indudablemente laringitis edematosas. Pero apenas podemos hacer remontar á mas allá de Desault (1) la aplicacion metódica de esta operacion á los casos de que estamos tratando. Despues de este autor han puesto en práctica este medio muchos cirujanos franceses con éxito vario, y recientemente Trousseau y Belloc han hecho la traqueotomía en casos muy graves, y aun cuando no han logrado salvar á los enfermos, han conseguido casi siempre prolongar su existencia. Lawrence, Miller, Purdon, Bricheteau, A. Lefevre, Robert y Charcellay no han dudado apelar á esta operacion, y estos últimos han citado casos de curaciones en sugetos que indudablemente hubieran sucumbido si no se hubiera abierto un paso libre al aire. El hecho que refiere Charcellay (2) es sobre todo de los mas notables. Era un enfermo que padecia un edema de la glotis causado por la ingestion del ácido sulfúrico, y en el cual se ha practicado la traqueotomía, habiéndose obtenido á los veintinueve dias la cicatrizacion completa. En seguida cometió el enfermo una imprudencia, se reprodujeron los síntomas, y Charcellay no dudó en practicar segunda vez la operacion sobre la cicatriz antigua y obtuvo la curacion radical.

Creo inútil entrar en los pormenores de los hechos para demostrar que debe hacerse la abertura de la laringe y de la tráquea cuando han sido ineficaces los demás medios, y particularmente los vejigatorios anchos, el tártaro estibiado y las escarificaciones. El peligro de la asfixia debe decidir al médico, porque no queda ya otro recurso de salvacion.

¿Debe practicarse la simple *traqueotomía*, como la hemos descrito en el artículo *Crup*, ó bien la *laringotraqueotomía* como lo han hecho algunos autores? Creo que no debe adoptarse uno de estos métodos y escluir el otro, porque ambos pueden ser aplicables, y lo que únicamente se necesita es saber distinguir los casos.

Si se trata de una laringitis serosopurulenta reciente, y á la que ha precedido una laringitis simple, la única indicacion que

(1) *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 236; Paris, 1801.

(2) *Mém. de la Soc. méd. d' Indre-et-Loire* (véase *Bull. de thér.* 30 de abril de 1849).

hay que llenar es abrir paso artificial al aire, y para esto basta la traqueotomía. Si por el contrario es una laringitis ulcerosa crónica, que ha terminado por el edema de la glotis, puede lograrse un doble objeto haciendo la laringotraqueotomía, á saber: restablecer el paso del aire y poder aplicar al órgano enfermo tópicos activos. Si se creyera necesaria esta operacion, deberia practicarse del modo siguiente:

Laringotraqueotomía. Dispuesto todo lo mismo que para la traqueotomía (véase pág. 301), se hace partir la incision cutánea desde el borde inferior del cartílago tiroides y se la prolonga hasta dos pulgadas mas abajo. Se pone al descubierto el espacio cricotiroideo, la parte media del cartílago cricoides y los primeros anillos de la tráquea, cubiertos en general por el istmo del cuerpo tiroides; se corta la membrana cricotiroidea por encima y cerca del borde superior del cartílago, á fin de evitar la arteria que la cubre, y penetrando de este modo en el tubo aéreo, se cortan de arriba abajo las partes ya descubiertas separándose lo menos posible de la línea media.

Tal es el procedimiento que se sigue en la actualidad. Boyer empezaba la incision del conducto aéreo por la tráquea, y despues la prolongaba de abajo arriba hasta que cortase el cartílago cricoides. Pero aquí no tiene importancia como en la traqueotomía el abrir el tubo aéreo por abajo, porque como hay mas espacio, no hay riesgo de interesar, obrando de otro modo al prolongar la incision, los vasos gruesos situados en el vértice del pecho.

Despues de la curacion se seguirá la misma conducta que dejamos prescrita al tratar de la traqueotomía (véase pág. 309), No obstante, si se quiere aplicar medicamentos activos á la parte interna de la laringe, se debe esperar á que se hayan disipado los primeros accidentes de la operacion, y en seguida por medio de un pincel de hilas fijo á un mango, ó mejor con un pedazo de esponja sujeto á una ballena, se dirige al interior de la laringe uno de los varios cáusticos que hemos indicado en el artículo *Laringitis simple crónica.* No debe sin embargo creerse que se puede llegar siempre con facilidad al sitio de la enfermedad, porque muy á menudo las lesiones estan fuera del alcance de nuestros instrumentos. En un caso que refiero en mis investigaciones y que se debe á Trousseau (véase *Mem. cit.*, pág. 187), se

Digitized by Google

practicó la operacion estando el enfermo sentado, y sobrevino un síncope que fue muy pronto mortal: asi no se debe elegir nunca esta posicion.

En ningun caso deben descuidarse despues de la operacion los medios que se crean capaces de hacer desaparecer la laringitis serosa ó serosopurulenta, y no se tratará de ayudar á la cicatrizacion de la herida del conducto aéreo hasta despues de que se haya probado por repetidos ensayos que queda ya restablecido el paso del aire.

A veces queda despues de la operacion y cuando la cicatriz es perfecta, una abertura permanente que hace comunicar directamente la tráquea con el aire esterior, cuyo inconveniente puede remediarse por medio de la sutura, despues de haber refrescado los bordes de la abertura, ó si no prestan bastante los tejidos, se toma un colgajo de las partes próximas, como lo ha hecho una vez Velpeau con éxito feliz. Pero es tan poco lo que incomoda esta fístula á los enfermos, que algunos no quieren someterse á la operacion, como ha observado una vez Bricheteau, y por otra parte no es tampoco mas que un inconveniente ligero y que no merece detenernos por mas tiempo.

Casimiro Broussais (1) ha citado un caso en que despues de abierto el conducto aéreo se presentaron dos rodetes edematosos que obstruian la parte inferior de la laringe: se hizo la escision de estos rodetes y la operacion tuvo un éxito completamente feliz.

Resúmen, prescripciones. Los pormenores en que he entrado con motivo del tratamiento me dispensan el insertar un gran número de prescripciones, y me limitaré solo á presentar algunas principales, aplicables á los casos de edema de la glotis desarrollado en el curso de la laringitis ulcerosa crónica.

PRESCRIPCION I.

LARINGITIS EDEMATOSA AGUDA.

1.° Para bebida, infusion de flor de sauco, dulcificada con jarabe de altea.

2.° Una sangría del brazo de 500 gramos (16 onzas), que

(1) *Annales de la méd. physiol.*, febrero de 1829.

Digitized by Google

se repetirá por la tarde, si el enfermo es robusto; al mismo tiempo 25 ó 30 sanguijuelas á las partes laterales del cuello.

3.° Un vejigatorio ancho á la parte anterior del cuello, desde la parte superior de la laringe hasta el esternon.

4.° ℞	Agua destilada de lechuga.	160 gram.	(℥v)
	Tártaro estibiado.........	1 decígram.	(2 g̃)
	Jarabe de ipecacuana......	30 gram.	(℥j)

Mézclese. Se toma á cucharadas cada cuarto de hora.

Se pueden disolver si se cree conveniente, los 10 centígramos (2 granos) de tártaro estibiado en la bebida.

5.° Si se puede llegar hasta el rodete, se debe tratar de cortarle con la punta del bisturí ó rasgarle con la uña cortada en forma de punta aguda.

6.° Dieta absoluta.

No creo necesario decir que á este plan se pueden añadir los purgantes, los pediluvios y maniluvios sinapizados, etc., medios que solo se deben considerar como ayudantes. Lo mismo digo de las preparaciones opiadas que solo se administran como calmantes.

PRESCRIPCION II.

EDEMA DE LA GLOTIS DESARROLLADO EN EL CURSO DE UNA LARINGITIS ULCEROSA CRÓNICA.

1.° Para bebida, infusion de violetas azucarada.

2.° Sangrías y sanguijuelas, como en la prescripcion anterior, si el enfermo ha conservado sus fuerzas, y si está muy debilitado por un padecimiento largo, limitarse á 15 ó 20 sanguijuelas.

3.° Vejigatorio del mismo modo que en la prescripcion anterior. O bien

Sinapismos repetidos con frecuencia á la region laríngea y partes laterales del cuello.

4.° Fricciones mercuriales con 15, 20 ó 25 gramos (4, 5 ó 6 dracmas) de ungüento mercurial, al vientre, á los muslos y á los brazos hasta que se presente la salivacion.

5.° Vomitivos, escarificaciones, dislaceracion del rodete, como en la prescripcion anterior.

Digitized by Google

6.° Régimen menos severo que en el caso anterior, á no ser que los síntomas tomen un carácter agudo manifiesto.

Lo mismo en la laringitis aguda que en la crónica, si los medios indicados en estas prescripciones no producen efectos sensibles, y si amenaza la sufocacion, no debe dudarse en recurrir á la *traqueotomía* ó á la *laringotraqueotomía*, segun los casos.

Tratamiento profiláctico. Se ha observado que los sugetos mas espuestos á la laringitis serosa ó serosopurulenta, son los convalecientes de enfermedades agudas, y particularmente de afecciones de pecho y de fiebre tifoidea, los que contraen con facilidad anginas, y finalmente, los que padecen una laringitis ulcerosa crónica. Los primeros deben huir con cuidado del frio y de la humedad, y los últimos no solo evitar las variaciones repentinas de temperatura, la lluvia y las nieblas, etc., sino tambien remover todas las causas que puedan ocasionar una irritacion de la laringe, y que hemos indicado en el artículo *Laringitis ulcerosa crónica.*

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Laringitis serosopurulenta aguda.* Antiflogísticos enérgicos, revulsivos, vomitivos, escarificaciones y dislaceracion del rodete; traqueotomía.

2.° *Laringitis edematosa desarrollada en el curso de la laringitis ulcerosa crónica.* Antiflogísticos menos enérgicos, revulsivos, vejigatorios, sinapismos, fricciones mercuriales, escarificaciones y dislaceracion del rodete; traqueotomía ó laringotraqueotomía.

ARTICULO VII.

PÓLIPOS, VEGETACIONES Y CANCER DE LA LARINGE; HIDÁTIDES, CÁLCULOS Y TUMORES DE NATURALEZA INDETERMINADA.

Las diversas lesiones de que voy á decir dos palabras en este artículo, son raras, superiores por lo comun á los recur-

Digitized by Google

sos del arte, y solo tienen una verdadera importancia en cuanto al diagnóstico. Es, pues, evidente que interesan muchísimo menos al práctico que las demás afecciones de la laringe, y por esta razon me he decidido á tratarlas todas en una descripcion poco estensa. Sin embargo, insistiré en algunas particularidades de interés práctico, porque podrian ser un embarazo para el médico si se le presentasen algunos casos.

§. I.

PÓLIPOS Y VEGETACIONES.

No poseemos buenas observaciones de pólipos y vejetaciones desarrolladas de la laringe, y solo hallamos cierto número de casos indicados ligeramente en los autores.

Pólipos. Desault (1) habia visto tres casos de pólipos de la laringe y de la traquearteria; Lieutaud (2) cita varios ejemplos; Trousseau y Belloc han recogido un caso y Senn y R. Gerardin han referido cada uno una observacion.

Seria inútil tratar de indagar las *causas* de estas escrescencias, que su figura y el hallarse sostenidas por un pedículo estrecho impide que se las considere como vejetaciones sifilíticas. Puede decirse, sin embargo, de un modo general que estos pólipos se presentan con particularidad en los adultos, porque solo tenemos noticia de un caso que ha observado Lieutaud (3) en un niño de doce años.

Los *síntomas* comunes á estos cuerpos estraños formados en las vias aéreas son una *sufocacion* que va de cada vez en aumento. Pero segun Desault, la respiracion se presenta libre en ciertos momentos y dificultosa en otros, lo cual se esplica por la variacion de sitio del tumor que unas veces se mete entre los labios de la glotis y otras deja espedita esta abertura. En las observaciones que acabo de citar no ha sido tan considerable esta intermitencia como lo pretende Desault. La *voz*, ronca en un principio, se estingue al cabo de cierto tiempo, que varía entre

(1) *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 254.
(2) *Historia medica, sistens numerosissima cadav. hum. extispicia*, etc., t. II, lib. IV, obs. 63 y 64, p. 297; Paris, 1767.
(3) *Hist. anat. med.*, lib. IV, obs. 64.

Digitized by Google

algunos meses y cinco ó seis años; la *espectoracion* no presenta nada de particular; no hay *dolor local* ni aun á *la presion;* el enfermo percibe cierta *dificultad* y tiene la *sensacion de un cuerpo estraño* contenido en la laringe. En los últimos tiempos de la enfermedad hay una *disnea* considerable; la inspiracion es sibilitante y se efectúa con grandes esfuerzos; no se percibe por la auscultacion del pecho el ruido respiratorio, y los enfermos sucumben con todos los signos de la asfixia por falta de aire. En un caso se ha presentado, por momentos, un *movimicnto febril* ligero, pero este es solo un accidente y no un síntoma propio de la enfermedad.

El *curso* de esta afeccion es lento y su duracion *indeterminada.*

En la *autopsia* se halla un tumor ordinariamente piriforme y fijo á uno de los ventrículos de la laringe por medio de un pedículo delgado, y en todos los casos que he reunido se habia efectuado la implantacion en el punto que queda dicho. El tumor, unas veces liso y otras con ciertas asperezas, como en el caso que ha citado Gerardin (1), no escede por lo comun del grueso de una avellana, y se presenta por su parte interior blanco, fibroso y resistente.

Nada sabemos de positivo acerca del *tratamiento* de esta enfermedad, sino que se debe practicar la *traqueotomía* ó la *laringotraqueotomía* cuando la sufocacion llega á hacerse considerable, y que despues de la operacion se debe procurar coger y estirpar el tumor, como lo recomendaba Desault.

Vejetaciones sifilíticas. Los síntomas que presentan las vejetaciones sifilíticas apenas se diferencian de los que acabamos de describir, si es que se puede juzgar por un número muy limitado de hechos y por algunas palabras tomadas de los autores. No obstante, puede suponerse que estos tumores, como tienen su base ancha y son menos movibles, no producirán una sufocacion intermitente, como sucede en los casos de pólipos.

Se han descrito en diversas obras varias piezas de anatomía patológica pertenecientes á casos de este género. Andral (2) cita un caso en que ha visto obstruida en gran parte la abertura su-

(1) *Acad. de med.* sesion de 27 de setiembre de 1836.
(2) *Anal. pat.*, t. II, p. 472.

Digitized by Google

perior de la laringe por una vejetacion blanquecina y mamelonada, exactamente parecida á una coliflor, y que se continuaba íntimamente por su base con la membrana mucosa. Ferrus (1) ha referido una observacion en que estan descritos los síntomas y espuesta la disposicion anatómica: estos síntomas han sido una *disnea* siempre en aumento, *accesos de sufocacion*, el último de ellos mortal, dolores hácia la laringe que persistieron por mucho tiempo, y una gran tendencia á la *congestion cerebral*. En la autopsia se hallaron dos tumores irregulares, mamelonados, fungosos, uno de ellos del tamaño de una almendra gruesa, que se adheria por su base, bastante ancha, á los dos pliegues fibrosomembranosos que forman el ventrículo laríngeo izquierdo, y el otro, del grosor de un grano de mijo, estaba situado al lado opuesto de la laringe. El primero obliteraba la glotis.

Los detalles de esta interesante observacion prueban cuán detenidamente se debe tratar de indagar en los casos de sufocacion la causa primitiva de la enfermedad, porque en este enfermo hubiera podido obtenerse un gran éxito por medio de un tratamiento antisifilítico empleado en los primeros tiempos de la afeccion. En cuanto á la cuestion de estirpar el tumor despues de la traqueotomía no la creo muy dificil de resolver, porque el médico debe obrar segun el estado de las partes y la facilidad que se tenga de llegar al cuerpo estraño. Si lo puede coger, debe, aun cuando no tenga pedículo, estirparlo lo mas completamente posible, y terminar el tratamiento por el uso de la cauterizacion y de un plan mercurial.

Rayer (2) ha dibujado un tumor de la misma naturaleza, pero mucho mas considerable, porque ocupaba toda la parte izquierda de la laringe.

En realidad estas vegetaciones ¿dependen del virus sifilítico? No puede caber la menor duda en el caso citado por Ferrus, y respecto á los que refieren Rayer y Andral, todo induce á creer que sucedia lo mismo, porque los caracteres de los tumores eran completamente semejantes.

El *curso* de esta afeccion ha sido lenta en los casos de que tenemos noticia, y en cuanto al *tratamiento* nada podemos

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª serie, t. V, p. 559.
(2) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, atlas, lam. XV, fig. 21.

Digitized by Google

decir de positivo, puesto que no se ha reconocido la naturaleza sifilítica de la enfermedad durante la vida.

§. II.

CANCER DE LA LARINGE.

Esta afeccion es por fortuna muy rara, y son en muy corto número los casos que posee la ciencia. Me limitaré á indicar los síntomas mas notables que se hallan en las observaciones que han citado Louis (1), Trousseau y Belloc.

La enfermedad *ha empezado* por una ronquera de cada vez mayor y de muy larga duracion; en seguida se han presentado *afonía*, *opresion*, fatiga, una gran *incomodidad* en la laringe, y en fin, todos los síntomas de una asfixia inminente. En el enfermo que ha observado Louis, era difícil distinguir todos los síntomas del cancer á causa de la existencia simultánea de un enfisema pulmonar muy considerable. Sin embargo, la ronquera, en seguida la afonía permanente, la demacracion, el tinte amarillo terroso de la piel, y hácia el fin de la enfermedad, la espulsion de las bebidas por la nariz anunciaron la afeccion orgánica de la laringe.

En tres casos que citan Trousseau y Belloc se ha hecho la *traqueotomía* para evitar la sufocacion; pero en dos de ellos no se conoció la verdadera naturaleza de la enfermedad hasta mucho tiempo despues, y por haber salido al esterior unos tumores ulcerados, sanguinolentos y evidentemente cancerosos. Esto prueba cuán difícil es el *diagnóstico* en los primeros tiempos de la enfermedad.

Otro sugeto ha espulsado por la boca restos de cartílagos, y en el enfermo cuya historia nos ha dado Louis, la espectoracion no ha ofrecido nada de particular, y consistia en algunos esputos agrisados y semitrasparentes ó verdosos y opacos, sin que haya variado mas que en su abundancia. Pero lo que mas importa notar es que se le figuraba á este enfermo que los esputos se desprendian del cuello hácia la parte superior del

(1) *Recherch. sur l' emphys. pulm.*, obs. 1.ª (*Mém. de la Soc. méd. d' obs.* t. 1, p. 169; Paris, 1837.)

Digitized by Google

esternon. Esta sensacion, aun cuando se percibia en un punto mas inferior que la laringe, ¿tendria no obstante alguna relacion con la enfermedad de este órgano? Por lo demás, en las observaciones de Trousseau y Belloc, nada se habla de *dolores lancinantes ni de otra especie*, y en el caso de Louis no habia dolor de garganta ni disfagia. La espulsion de las bebidas por la nariz, de que ya hemos hablado, solo se presentó dos veces.

La muerte sobrevino siempre lentamente, y fue producida en dos casos por los progresos del cáncer, que dirigiéndose hácia el esófago llegó á presentar un obstáculo invencible á la deglucion. En otro caso sucumbió el enfermo de una tisis aguda.

Los tumores hallados en la autopsia son irregulares, duros, y por lo comun ulcerados, como en uno de los casos que cita Morgagni (epist. XXVIII, 10). La descripcion tan exacta como interesante que nos ha dado Louis (*lug. cit.*, pág. 173) del tumor canceroso, que ha hallado en su enfermo, es el mejor ejemplo que puedo presentar al lector.

«La epiglotis, dice, estaba un poco desviada hácia la izquierda, pero en estado sano, é inmediatamente por debajo se hallaba una materia blanca, dura, resistente, dificil de cortar y que rechinaba bajo el escalpelo, brillante, sin estructura bien manifiesta, prolongándose hácia la derecha y atrás entre los cartílagos tiroides y cricoides, no escediendo por la parte superior del nivel del tiroides y muy poco por detrás del cartílago aritenoides del lado derecho, que se habia trasformado en una materia semejante á la que acabamos de describir, sin estar no obstante confundido con ella, al menos completamente. La masa cancerosa de que se trata empujaba un poco la epiglotis hácia la izquierda, tenia tres cuartos de pulgada de grosor por detrás, algo menos por delante, y por consiguiente la figura de una cuña con la estremidad mas gruesa hácia la columna vertebral. Interiormente estaba reblandecida, de consistencia cremosa, estrechaba mucho la cavidad de la laringe por el lado derecho, en donde se hallaban destruidas las cuerdas vocales, y esta estrechez era todavía mayor por el desarrollo de otra masa cancerosa, parecida á la primera, solo que era menos voluminosa, y se hallaba colocada debajo de la cuerda vocal inferior izquierda, que estaba desviada hácia dentro; en esta cuerda vocal, y en la superior correspondiente no habia ulcera-

Digitized by Google

cion. El cartílago tiroides permanecia sano, el cricoides osificado en toda su estension, y el músculo aritenoideo terminaba insensiblemente por el lado derecho en la masa cancerosa que la reemplazaba. La membrana mucosa de la traquearteria estaba pálida y conservaba en toda su estension su grueso y consistencia normales.»

El *curso* de esta enfermedad ha sido siempre lento, y su duracion no se halla todavía determinada. En cuanto al *tratamiento* solo puede ser paliativo, y cuando la sufocacion es considerable, la *traqueotomía* ofrece un precioso recurso para prolongar notablemente los dias del enfermo.

§. III.

HIDÁTIDES Y CÁLCULOS DE LA LARINGE.

Se citan casos de hidátides y cálculos desarrollados en la laringe, y considerando estos casos raros como poco importantes para el práctico, me limitaré á decir que se hallan algunos ejemplos en la tésis de Pravaz (1) y en la obra de Trousseau y Belloc que de él los han tomado.

Diré tan solo dos palabras acerca de los *cálculos* de la laringe. ¿Eran los que se han observado verdaderos cálculos? Como no se ha hecho su análisis, puede dudarse tanto mas cuanto que estos cuerpos estraños estaban arrugados y alterados en su superficie. ¿No podrian referirse estos hechos al caso citado por Hunter, en que se efectuó la espulsion de una porcion de cartílago, con la que se disiparon los síntomas gravísimos que se habian presentado (2)?

§. IV.

TUMORES DE NATURALEZA INDETERMINADA.

Finalmente, se ha hecho mencion de tumores que no han sido descritos con bastantes detalles para que pueda indicarse su naturaleza, y que desarrollados bien en la laringe, bien en sus inmediaciones, han obstruido el conducto aéreo y ocasionado la muerte por asfixia.

(1) *Tesis*. Paris, 1824: *De la phthisie laryngée.*
(2) J. Frank. *Prax. med.*, t. VI, p. 199.

Digitized by Google

§. V.

CONSIDERACIONES GENERALES.

En todos los tumores que acabamos de indicar pueden reconocerse síntomas comunes, como son la *ronquera* de larga duracion, la *afonía* y la *sufocacion* que llega hasta el punto de producir la asfixia.

¿Pero tienen signos particulares que sirvan para formar el *diagnóstico?* Hemos dicho que segun Desault, se distinguen los *pólipos pediculados* de los demás tumores por una intermitencia manifiesta en los síntomas; pero este signo diagnóstico necesita ser comprobado.

Solo puede conocerse la *naturaleza sifilítica* de las vejetaciones por los conmemorativos y por la existencia de algunos vestigios de sifilis en otras partes del cuerpo.

En cuanto al *cancer* no podemos contar por lo comun con los dolores para distinguirlo, porque se ha observado que han faltado completamente. En un diagnóstico tan difícil deberian llamar la atencion del médico la aparicion de un tumor abollado á los lados de la laringe, la desorganizacion progresiva de este órgano y la espulsion de materias saniosas.

Respecto á los *demás tumores*, no nos permiten averiguar los hechos si es posible su diagnóstico: se sabe que hay un obstáculo á la respiracion, y que este obstáculo depende de una oclusion mas ó menos completa de la glotis, pero nada mas.

Si ahora quisiesemos analizar por qué signos se podria distinguir estos tumores de las demás enfermedades de la laringe, hallariamos:

1.° Que su curso lento basta para distinguirlos de la laringitis aguda, de la estrídula y la seudomembranosa.

2.° Que la sufocacion siempre en aumento impide que se confundan con la laringitis crónica simple.

3.° Que los progresos lentos de la sufocacion no se parecen en nada á las accesiones mas ó menos violentas del edema de la glotis, afeccion que puede no obstante coincidir con estos tumores, como ha sucedido en dos casos que citan Trousseau y Belloc.

4.° Finalmente, que la falta ó disminucion notable del ruido respiratorio en toda la estension del pecho harán distinguir estos

Digitized by Google

tumores de la laringe de todas las afecciones que permiten un paso libre al aire.

§. VI.

TRATAMIENTO.

Si carecemos, para guiarnos en el tratamiento, del estudio de un número suficiente de hechos, podemos á lo menos hallar en los detalles de los que dejamos indicados mas arriba algunas indicaciones, de las que creo no será inútil hacer mencion.

Si por los antecedentes del enfermo ó por la existencia de algunos vestigios sifilíticos en otras partes del cuerpo se llega á comprobar, ó tan solo á sospechar con fundamento, que hay *vejetaciones venéreas*, no debe vacilarse en emplear un tratamiento antisifilítico enérgico.

Si se trata de un *cancer* revelado por alguno de los signos que mas arriba hemos enumerado, se empleará un emplasto de cicuta, esta misma sustancia al interior, el agua de Vichy, y en una palabra, todos los medios aconsejados contra esta degeneracion.

Por último, es un precepto aplicable á todas estas afecciones sin escepcion, el practicar la *traqueotomía* ó la *laringotraqueotomía*, desde el momento en que la sufocacion llega á hacerse muy considerable. Ehrmann, de Estrasburgo, ha hecho esta operacion con un éxito completamente feliz, en un caso de pólipo, y ha publicado la observacion con todos los pormenores necesarios (1).

Despues de la operacion se debe continuar el tratamiento de la enfermedad, y en los casos en que pudiere cogerse un pólipo hacer su estirpacion.

ARTICULO VIII.

AFONIA.

Se observa con bastante frecuencia la afonía sin que se le pueda asignar como causa una lesion determinada de la larin-

(1) *Laryngot. dans un cas de polype du lar.* Strasb., 1844; y *Comptes-rendus de l' Acad. de méd.* sesiones de 1.º y 15 de abril.

Digitized by Google

ge, y los ejemplos que tendré ocasion de citar en este artículo harán que no quede duda alguna respecto á este particular. Asi pues, la estincion de la voz, que en las enfermedades anteriores no era mas que un síntoma, constituye á veces por sí sola toda la afeccion. El médico puede ser llamado para asistir casos de este género, que presentan por lo comun grandes dificultades para el diagnóstico, y una resistencia estraordinaria á los medicamentos mas activos. Todo me pone en la precision de dar algunos detalles acerca de la historia de la afonía; pero antes de entrar en materia debo establecer de un modo bien exacto lo que entiendo por esta palabra, que ha servido para designar una porcion de estados morbosos enteramente distintos.

Antiguamente se designaban con el nombre de *afonía* todos los casos en que la voz estaba mas ó menos alterada ó enteramente estinguida, y asi si consultamos las numerosas observaciones que llevan este nombre, hallaremos afonías sintomáticas de todas las afecciones de la laringe que dejamos enumeradas, y además una afonía consecutiva á las viruelas, á una apoplegia que ha ocasionado una parálisis de la lengua, á una congestion cerebral, etc. Se han citado tambien numerosos hechos con el título de *afonía de los borrachos*. Schrœckius (1) refiere un caso de *afonía congénita*, atribuyendo la enfermedad al deseo no satisfecho de la madre de comer un pescado, lo cual hizo, dice este autor, que el niño naciese mudo como el pescado. Finalmente, se halla en la coleccion que acabo de citar un ejemplo de afonía por amor, que entra en la *aphonia melancholica* de Sauvages. Basta haber indicado estas diversas especies para que se conozca cuán viciosa debe ser una clasificacion fundada en tales hechos. En efecto, aquí hallamos una afonía sintomática de las lesiones de la laringe ó de los demás órganos, del cerebro, por ejemplo; además, la dificultad de hablar que se observa en el *delirio trémulo*, y hasta una supuesta afonía debida á lo que se llama *antojo* de la preñez, y que es una verdadera mudez; por último, una afonía que no es probablemente mas que una obstinacion de no hablar en un sujeto afectado de locura. Resulta pues, que en todos estos casos la falta de la voz era un síntoma, por lo comun de poca importancia.

(1) *Miscell. nat. cur.* año IX, dec. III, obs. VI, p. 160.

Digitized by Google

No obstante, las diversas clasificaciones de esta enfermedad han sido fundadas sobre estos hechos, y Sauvages admitia las especies siguientes: *Afonía melancólica*, *por antipatía*, *de los borrachos*, *catarral*, *aneurismática*, *traumática*, *histérica*, *paralítica* y *neumónica* (1). J. Frank ha establecido una clasificacion que varía un poco (2), y asi trata por separado de las afonías sintomática, primitiva, traumática, inflamatoria, catarral y artrítica, gástrica, espasmódica, metastática y simpática. He citado todas estas divisiones para demostrar cuán grande es la confusion que existe en la historia de esta enfermedad, y que puede compararse á la que reinaba en la patologia de la tisis pulmonar antes de que las investigaciones modernas la hubiesen simplificado, devolviendo á cada órden de lesiones lo que se le habia quitado para formar un estado morboso de los mas complexos. Creo pues que conviene hacer lo mismo con la afonía, y distinguir con cuidado la que constituye una enfermedad particular de la que no es mas que un síntoma de afecciones muy diversas, pues este será el único medio de dar un poco de claridad al estudio de los hechos, y de que haya en la práctica menos duda y vacilacion.

Consecuente con estos principios, trataré únicamente, bajo el nombre de afonía, de la pérdida mas ó menos completa del timbre de la voz, que no pueda referirse á ninguna lesion orgánica apreciable.

Con el título de *afonía* han descrito tambien la mayor parte de los autores un estado accidental de mudez, al que algunos han dado el nombre particular de *alalia*. Pero examinando con atencion las observaciones, he hallado que esta mudez es mas bien un síntoma de un estado nervioso general, que el resultado de un estado particular de la laringe. En efecto, solo se presenta á consecuencia de un ataque de histérico ó de cualquier otro accidente nervioso, y es evidente que no se puede hacer de este síntoma una enfermedad particular, asi como tampoco se hace de la parálisis de uno ó mas miembros que se observa en las mismas circunstancias y desaparece del mismo modo. En el capítulo destinado á la historia de las neuroses propiamente di-

(1) *Nos. meth.* clas. VI, *debilitat.*; ord. III, *dyscinesiæ*.
(2) *Enfermedades de la laringe.*

Digitized by Google

chas, es donde debemos colocar el estudio de la mudez accidental.

En cuanto á las afonías admitidas por los autores y citadas hace poco, solo volveré á ocuparme de algunas para distinguirlas de la única afonía que es objeto de este artículo.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La afonía, tal como yo la concibo, debe *definirse* segun lo que acabamos de decir: la abolicion mas ó menos completa de la voz, con conservacion de la palabra y sin lesion orgánica á la cual pueda referirse.

Se ha designado casi generalmente á esta enfermedad con el nombre que la conservo, pero tambien se la conoce con los de *pérdida de la voz*, *estincion de la voz*, *disfonía*, etc., etc.

Considerada bajo el punto de vista que he elegido, esta afeccion *no es frecuente*, y es preciso buscarla entre una multitud de observaciones de afonía sintomática para recoger un corto número de casos. Sin duda la descripcion en que voy á entrar se resentirá de esta escasez de hechos, pero siempre tendrá cierto valor, porque he reunido un número mucho mayor de observaciones del que hasta ahora se habia tenido á la vista.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Nada sabemos de positivo acerca de las causas predisponentes de la afonía, y lo único que puede decirse con alguna certeza, es que los sugetos atacados de neuroses la padecen con mas frecuencia que los demás. Se ha dicho que en donde se observaba en su mas alto grado era en las mugeres histéricas, y esto es cierto, y hace muy poco que he visto un ejemplo sumamente notable: sin embargo, debe tenerse presente que los autores que han sentado esta proposicion, se referian mas bien á la mudez accidental que á la simple afonía.

Digitized by Google

Segun Brodie (1), las personas que tienen una vida sedentaria y que por su profesion se ven obligados á hablar en público, y particularmente los eclesiásticos, estan predispuestos á la afonía histérica; pero se puede aplicar la reflexion que acabamos de hacer á muchos de los casos observados por este autor.

2.° Causas ocasionales.

Las causas ocasionales son muy variables, pero es preciso admitir que son mas frecuentes las susceptibles de producir una fuerte impresion en el sugeto. Se han dado como causas ocasionales la *supresion* y la *aproximacion del flujo menstrual*, la *proximidad al parto* (Fed. Hoffmam), un *ataque de histérico*, la existencia de *lombrices* en el conducto intestinal (2), y una *afeccion de los órganos genitales;* pero respecto á esta última causa debe quedarnos alguna duda cuando la afeccion es de naturaleza sifilítica, porque entonces la estincion de la voz puede muy bien depender de una laringitis crónica de la misma naturaleza.

Desde muy antiguo se ha fijado la atencion de los médicos en el *estado de los nervios recurrentes* en esta enfermedad. Ya Galeno indicó los efectos de la lesion traumática de estos nervios, y varios autores, y entre ellos Behrens (3), apoyados en sus observaciones, han atribuido despues la afonía á un estado morboso de estos mismos nervios, aun en los casos en que no habian sufrido ninguna lesion traumática.

No es muy raro observar la afonía bajo la infiuencia de la *intoxicacion saturnina*, en cuyo caso las circunstancias en que se presenta y la existencia de síntomas de parálisis en otras partes del cuerpo, no dejan la menor duda acerca de la naturaleza de la enfermedad, que debe atribuirse á la parálisis de los músculos intrínsecos de la laringe. Segun Tanquerel des Planches (4), Baglivio, Citois, de Haen, Bonté, Desbois de Rochefort, etc., solo tratan de esta afonía de un modo general, y en cuanto á este mismo autor, refiere dos observaciones de que

(1) Véase *Gaz. méd. de Paris*, t. V, 1837, p. 181.

(2) CAR. SCHROETERIUS, *Miscell. nat. cur.*, año IV, dec. III, obs. LXVII, p. 125, y BUCHNER, *Act. nat. cur.*, t. II, p. 145.

(3) *Miscell. nat. cur.*, año III, dec. III.

(4) *Traité des mal. de plomb.*, t. II.

Digitized by Google

hablaremos mas adelante. Ya antes de él A. Portal (1) habia indicado dos casos semejantes.

¿Puede presentarse la afonía bajo la forma *epidémica?* Medicus, citado por Zacuto Lusitano, dice que observó una epidemia de este género; pero nos faltan los detalles que serian necesarios para juzgar si la afonía era esencial, ó si, lo que es mas probable, era una laringitis con estincion de la voz.

Tampoco deben ocuparnos los casos que refiere Alardo Mauricio Eggerdes (2), porque la enfermedad consistia en una verdadera mudez, que tomó un carácter epidémico y se presentó en soldados en completo estado de salud.

Hay todavía otras muchas causas admitidas por los autores, pero que creo inútil enumerar aqui, porque su existencia no se halla de modo alguno demostrada.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los autores fueron escesivamente escasos de detalles en cuanto á los síntomas, de tal modo que por lo comun es imposible saber si era una simple afonía ó una verdadera mudez los casos que han observado, pues como la mayor parte no hacen distincion ninguna entre estos dos estados, resulta que esta omision deja necesariamente muy indecisas un gran número de cuestiones.

Invasion. La afonía puede *invadir* de repente ó por grados; en este último caso, del que hallamos un ejemplo en una observacion que cita Ollivier de Angers (3), aparece á veces en el principio una ligera irritacion de garganta, que se disipa completamente cuando llega á hacerse completa la afonía. En otros casos por el contrario, es tan repentina la invasion y los accidentes que la acompañan tan completamente nulos, que los enfermos pueden estar mucho tiempo sin apercibirse de su estado, y solo tienen conocimiento de él cuando quieren empezar á hablar. Asi ha sucedido en el enfermo cuya historia nos ha dejado Rennes, de Estrasburgo (4).

(1) *Cours de anat. méd.*, Paris, 1804, t. IV, p. 361.
(2) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, año IV, 1698.
(3) *Archiv. gén.*, 1.ª serie, t. XX, p. 237.
(4) *Archiv. gén. de méd.*, 2.ª serie, t. XX, p. 231.

Digitized by Google

Síntomas. De cualquier modo que se verifique la invasion, cuando ya existe la *afonía*, los enfermos solo pueden hablar en *voz baja* y por lo comun haciendo *grandes esfuerzos* para lograr que se les oiga: este es el único síntoma de la enfermedad, porque ni hay dolor en la laringe, ni tos, ni disnea, y cuando en las historias se hace mencion de estos síntomas, estamos autorizados para creer que la afonía era dependiente de una laringitis simple crónica, como de ello son ejemplos las observaciones de Zacuto Lusitano (1), Teof. Bonet (2), Scudamore (3), etc., etc.

Tal es la afonía propiamente dicha, que consiste, como acabamos de ver, en la abolicion de la voz, conservando el enfermo la palabra, diferencia esencial entre esta enfermedad y la mudez accidental.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de esta enfermedad es caprichoso, como el de todas las neuroses, y asi se hallan casos en que despues de haber durado por mucho tiempo, terminó de repente y sin causa apreciable. En otras circunstancias se reproduce á intervalos variables, persiste de cada vez por tiempo indeterminado, y por último, llega á hacerse permanente ó desaparcce para no volver mas á presentarse. He observado un caso de afonía simple en que habiéndose estinguido de improviso la voz, continuó con la misma intensidad despues de muchos años. Era objeto de esta observacion una criada, que con el fin de restablecer sus reglas suprimidas tomó secretamente un emetocatártico que le habia dado un charlatan: el medicamento produjo evacuaciones escesivas, y cuando fueron á socorrer á la enferma la hallaron casi exánime. Desde este instante ya no pudo hablar mas que en voz baja y haciendo esfuerzos considerables para lograr hacerse oir, sin notar ningun otro síntoma en la laringe, mas que la estincion de la voz, y gozando al mismo tiempo de la salud mas completa.

(1) *Prax. med. admir.*, obs. CV.
(2) *Polyath.*, t. I, p. 1082.
(3) *Edinb. med. and surg. Journ.*, julio 1815, t. XI, p. 304.

Digitized by Google

Es muy raro que esta afeccion se haga evidentemente *intermitente;* pero sin embargo, se hallan algunos casos muy curiosos en los autores, y el que refiere Rennes es sobre todo notable por esta particularidad.

En las *Actas de los curiosos de la naturaleza* se hallan tambien ejemplos semejantes; mas conviene tener mucho cuidado y no coufundir con la afonía la mudez accidental que se observa por lo comun con el tipo intermitente, y á cuya especie debe referirse el caso de Rosino Lentilio (1) que todo el mundo ha citado como una afonía, y en el que solo hablaba el enfermo desde mediodia hasta cosa de una hora despues.

Finalmente, el doctor Richter, de Wisbaden, ha referido con el título de *afonía periódica* (2) un caso de estincion de la voz que se reproducia todos los dias á la misma hora y que ha curado por el sulfato de quinina; pero esta afonía era simplemente un síntoma de un ataque de histérico, y por consiguiente ya nos llegará la ocasion de ocuparnos de ella cuando tratemos de esta enfermedad.

La *duracion* de la afonía es indeterminada, puede ser de muchos años ó desaparecer rápidamente.

La afonía simple puede no *terminar* sino con la vida del enfermo, y rara vez, á no ser cuando la causa ocasional es un ataque histérico, han logrado las medicaciones mas activas devolver á la voz su timbre y fuerza normales. En los casos mas felices vuelve á aparecer la voz de repente, bien sin causa conocida, bien á consecuencia de algunos medios dirigidos ó no contra la enfermedad. Si algunos autores aseguran que esta terminacion de la afonía es bastante frecuente, es porque los que han observado han sido casos de mudez accidental, que la presenta en efecto, sobre todo cuando han sido producidos por una emocion moral. Cuando la estincion de la voz es consecutiva á un ataque de histérico, se va disipando por sí misma y poco á poco, como lo he observado hace muy poco repetidas veces.

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. II, an. IX, p. 343.
(2) *Lond. med. Gaz.*, t. XIII, p. 576, 1834.

Digitized by Google

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Entre las cuestiones que mas deben interesarnos en la historia de esta enfermedad, debemos colocar en primera línea el diagnóstico. En efecto, se comprende cuánto importa reconocer la afonía simple en medio de tantas otras afecciones con lesiones profundas que pueden ocasionar la estincion de la voz.

Trataremos primero de distinguir de la afonía simple las diversas *laringitis* que se han descrito mas arriba. En algunos casos esta afeccion ha empezado por los signos de una irritacion ligera de la laringe; pero estos fenómenos, que son de muy corta duracion, desaparecen segun que va progresando la afonía, mientras que sucede precisamente lo contrario en las laringitis de cualquier especie que sean. Por lo comun la afonía simple se presenta rápidamente y hasta de pronto, sin ningun síntoma laríngeo, circunstancia que basta para fijar el diagnóstico, y una vez ya declarada, persiste sin ninguno de los síntomas de la inflamacion de la laringe, sin dolor, disnea, tos, ni espectoracion: es pues sumamente fácil evitar el terror.

Solo han podido establecer el diagnóstico de la afonía y de las diversas mudeces sintomáticas los autores, que bajo el nombre de *afonías* han comprendido, no solo la estincion de la voz, sino tambien la abolicion de la palabra. Pero como yo distingo estos dos estados, no me detendré en hablar ni de la *mudez apopléctica*, ni de la dificultad de pronunciar que se observa en los *paralíticos enagenados*, ó en los sugetos que padecen *delirio trémulo*, ni de la pérdida de la voz que ocasiona el envenenamiento por el beleño, estados muy diferentes de la afonía simple para que puedan dar lugar á la menor duda. Por la misma razon, tampoco me ocuparé de establecer el diagnóstico entre la afonía y la *mudez* que se presenta en el histérico ó sobreviene por el terror.

Nos falta ahora saber *de qué causa depende la afonía*, lo cual es muy difícil de decidir. Habiéndola dado el nombre de *afonía nerviosa*, se ha colocado en estos últimos tiempos el

Digitized by Google

asiento de la enfermedad en los nervios, cuya opinion dista mucho de ser nueva, porque ya hemos dicho que desde la mas remota antigüedad se habia considerado á los nervios recurrentes que comunican la movilidad á los músculos intrínsecos de la laringe, como los principalmente afectados, y se fundaban para esto en las observaciones hechas en los casos de herida de estos mismos nervios. Asi Zacuto Lusitano (1) cita, segun Amato Lusitano, un caso en que la aplicacion del sublimado corrosivo á un tumor escrofuloso del cuello atacó uno de los nervios recurrentes y produjo inmediatamente la abolicion de la voz. Ya Pablo de Egina y Avicena habian publicado observaciones análogas.

Si existe un tumor cerca del nervio recurrente, sé le podrá atribuir la estincion de la voz; pero algunas veces este tumor envuelve al nervio recurrente en el pecho mismo, como en un caso que se ha presentado últimamente á la sociedad anatómica, y entonces puede cuando mas sospecharse la causa de la afonía.

¿En los casos en que no hay ningun tumor, es cierto que estan afectados los nervios recurrentes? Es imposible decidir esta cuestion, aunque naturalmente nos inclinemos á creer que pase en los nervios una cosa algo parecida á lo que sucede en el nervio facial en los sugetos que padecen parálisis de la cara.

Finalmente, es de mucho interés para el práctico el distinguir la *causa* morbosa remota que ha podido producir la afonía, y asi deben llamar particularmente su atencion las *lombrices* intestinales y cualquiera *enfermedad de los órganos genitales.*

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

Signos distintivos de la afonía y de las diversas especies de laringitis.

AFONIA.	LARINGITIS.
No hay irritacion de la laringe, ó muy poca en la invasion.	*Irritacion* mas ó menos intensa de la *laringe*; dolor, punzadas, tos, disnea, etc.

(1) *De med. princip. histor.*, Lugd. 1649. *De voc. læsion.*

Digitized by Google

Invasion por lo comun brusca ó repentina.	*Invade* por grados.
La accion de hablar no es dolorosa, á pesar de los esfuerzos que hace el enfermo.	La accion de hablar es por lo comun penosa, dificil y dolorosa.

Pronóstico. El pronóstico de la afonía simple es generalmente poco grave; pero esta afeccion constituye una incomodidad de que quieren librarse los enfermos á toda costa: sepamos pues si se pueden conocer los casos en que es posible la curacion de esta enfermedad.

En general se puede decir que la afonía es siempre mas ó menos rebelde, pero es mucho mas fácil de curar cuando presenta la forma intermitente y cuando depende de una afeccion apreciable que reside en un punto mas ó menos distante de la laringe, que si se halla en circunstancias opuestas.

§. VI.

TRATAMIENTO.

He trazado la historia de la afonía lo mejor que me lo ha permitido el corto número de hechos, generalmente mal espuestos, que posee la ciencia, y soy el primero en conocer cuánto dista esta descripcion de la exactitud, aun cuando me he servido de materiales todavía poco conocidos en la actualidad; pero refiriendo algunos hechos ignorados, y sobre todo al distinguir con cuidado la afonía de las enfermedades con que ha sido tan frecuentemente confundida hasta ahora, creo haber dado alguna luz acerca de esta afeccion, que tanto importa conocer. Veamos pues cuáles son los tratamientos que contra ella se han puesto en práctica con mejores resultados.

1.° *Antiflogísticos.* Es bastante raro que se haya echado mano de estos medios, y se concibe fácilmente al considerar que casi nunca se ha presentado síntoma alguno inflamatorio. Sin embargo, se citan algunos casos en que la *sangría* produjo efectos casi maravillosos, como ha sucedido en la enferma que ha observado Ollivier, de Angers *(lug. cit.*, pág. 237). Se trataba de una afonía que repitió por espacio de muchos años con intervalos variables y durante mas ó menos tiempo,

Digitized by Google

y en la que despues de empleados inútilmente una infinidad de medios se recurrió á la sangría. Apenas empezó á salir la sangre cuando ya la enferma recobró la voz, y desde entonces se usó en cada recidiva el mismo medio y siempre con igual resultado.

Creo inútil añadir comentario alguno á este hecho, que habla bastante por sí mismo, y es demasiado evidente la eficacia de la sangría en este caso para que sea necesario llamar sobre ella la atencion.

Juncker (1) cita un caso que no es menos notable. A una jóven que padecia afonía se la sangró siete veces en muy poco tiempo, y otras tantas recobró la voz mientras salia la sangre para volver á perderla despues de la sangría. Es pues un medio que nunca se le debe dejar de ensayar.

Antiespasmódicos. Con mucha mas frecuencia se ha hecho uso de los antiespasmódicos, y entre estos el que mas á menudo se ha empleado ha sido el *sucino*. Parece que los autores antiguos atribuian una gran eficacia á este medicamento, porque nunca descuidaron el administrarle, como puede verse en los diferentes casos citados en las *Actas de los curiosos de la naturaleza*. Se prescribia este medicamento del modo siguiente:

℞	Tintura etérea de sucino..........	1 parte.
	Azúcar..........................	35 partes.
	Agua...........................	250 partes.

Mézclese. Se toma á cucharadas cada tres horas.

Federico Hoffmann (2) prescribió en un caso de afonía completa la pocion siguiente:

℞	Tintura alcohólica de castoreo.	60 gotas.	
	Amoniaco líquido............	3 decígram.	(6 g̃)
	Eter sulfúrico alcoholizado....	2 gram.	(3ß)

Mézclese. Se toman 30 gotas cada cuatro horas en:

Agua destilada de lirio....... una cucharada.

Me parece inútil multiplicar las fórmulas, porque á pesar de la confianza que se ha concedido á los medicamentos de esta clase, apenas se hallan casos en que administrados solos hayan dado en realidad buenos resultados.

(1) *Conspect. therap.*, p. 254, Hale, 1750.

(2) *Oper. omn.*, Ginebra, 1748, *Aphor*, t. III.

Digitized by Google

Revulsivos. Tambien se ha recurrido á estos medios con mucha frecuencia, y debo remitir al lector respecto á este particular al artículo *Laringitis simple*, porque en ambas enfermedades se han empleado los mismos revulsivos y del mismo modo. Los *vejigatorios*, las fricciones con el *aceite de croton tiglio*, los *sinapismos*, y en una palabra, todo lo que puede producir una irritacion fuerte á la piel se ha usado en la afonía nerviosa lo mismo que en la que dependia en una lesion orgánica.

Rayer ha dispuesto un *sedal á la nuca* en un caso que terminó favorablemente, y á esta misma region quiere el doctor Gunther (1) que se apliquen los vejigatorios; pero su objeto es enteramente especial, pues cree que aplicando el exutorio en este punto, se obra sobre el nervio glosofaríngeo afectado por la causa que ha producido la enfermedad. Creo inútil detenerme á demostrar lo erróneo de esta teoría.

Vomitivos, purgantes. Es imposible hallar en los autores hecho alguno que pueda darnos á conocer de un modo positivo el grado de eficacia de estos medicamentos. Medicus y el doctor Lilienhain (2) se limitan á decir, el uno que se obtienen escelentes efectos del emético, y el otro que ha conseguido devolver la voz por medio de eméticos administrados inmediatamente, á cinco jóvenes afectados de afonía á consecuencia de un acceso de terror ó de cólera. Fácilmente se conoce cuánto convendria poder examinar las observaciones. Si pues indico estos medios, es porque se emplean generalmente, y porque en los casos de que estamos tratando puede tener cierto grado de eficacia una derivacion al conducto intestinal.

No puede determinarse por la análisis de los hechos la especie de vomitivo ó purgante que debe usarse; muchos autores, y principalmente los ingleses, emplean mas particularmente los calomelanos que tienen una doble accion, y el doctor Watson (3) prescribia este medicamento unido á la jalapa, del modo siguiente:

℞	Polvos de jalapa............	1,25 gram. (℈j)
	Calomelanos................	30 centígram. (6 g)

Se toman de una vez.

(1) *Lond. med. Repository*, t. XIII, p. 524, 1820.
(2) *Hufeland's Journ.*, 1825, cuaderno suplementario, p. 89.
(3) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XI, p. 303; 1815.

Digitized by Google

En un enfermo observado por el doctor Graves y cuya historia ha publicado Blache (1), se han usado los calomelanos hasta la salivacion, y no hubo alivio sensible hasta que se manifestó la accion del medicamento sobre la boca.

En los casos citados por Webster inserto en la *Gaceta médica de Paris*, los purgantes asociados al vejigatorio han producido muy buenos efectos. Watson ha empleado las *lavativas de jabon*, cuya utilidad es difícil de apreciar.

Se han aconsejado tambien algunos otros remedios al interior; asi Zacuto Lusitano (2) prescribió el medicamento siguiente:

℞	Triaca........................	6 gram. (ʒjß)
	Agua de cardo santo..........	120 gram. (℥jv)

Se toma á cucharadas.

Segun este autor, un sudor abundante producido por este remedio hizo cesar la enfermedad que llevaba largos años de duracion y habia resistido á otros muchos medios. Juncker *(lug. cit.)*, en un caso casi semejante, administró un cocimiento de *betónica*, y segun dice, con éxito felíz. Es evidente que no puede deducirse ninguna consecuencia rigurosa de estos hechos, que sin embargo conviene conocer, á fin de saber á qué medios se puede recurrir en los casos difíciles.

Medicacion tópica. Se ha pensado tambien en obrar directamente sobre la laringe, como el único órgano afectado. El doctor Bennati (3) usaba ordinariamente el alumbre en gargarismo y á las dosis siguientes:

℞	Sulfato de alúmina.............	4 gram. (ʒj)
	Cocimiento de cebada bien filtrado......................	300 gram. (℥x)
	Jarabe de diacodion...........	16 gram. (℥ß)

Se hacen gárgaras tres ó cuatro veces al dia.

Esta fórmula está señalada en la obra del autor con el número 1, y á cada número siguiente añadia Bennati 4 gramos (1 dracma) de alumbre, y llegó hasta prescribir el gargarismo número 18, es decir 72 gramos (18 dracmas) de alumbre para 320 gramos (10 onzas) de escipiente, lo cual es ya una solu-

(1) *Dic. de méd.*, art. APHONIE.
(2) *Prax. med. adm.*, obs. CVI.
(3) *Études phys. et path. sur les organes de la voix*; Paris, 1833.

Digitized by Google

cion sumamente concentrada. Pero debemos decír que en el mayor número de casos, segun Bennati, han bastado los números 3, 4 y 5. Por un cierto número de casos que ha referido este autor, cree que obrando el cáustico sobre las partes constituyentes de la faringe y sobre el velo del paladar, procura la curacion restituyendo su tonicidad á estas partes relajadas por una ligera irritacion crónica, única causa de la disminucion mayor ó menor de la voz. Pero debo hacer notar que no resulta de un modo claro de estas observaciones que la laringe misma no estuviese afectada de una ligera inflamacion crónica. Por otra parte, muchos de estos enfermos tenian otras afecciones capaces de producir la debilidad de la voz, y se concibe muy bien que en estos casos pudo haber desaparecido la afonía con estas afecciones, cuyo asiento estaba á mayor ó menor distancia de la laringe, sin que se deba atribuir su curacion á la accion del tópico. En una palabra, me parece que por desgracia no es el diagnóstico bastante riguroso.

Trousseau (1) ha citado algunos casos en que la *cauterizacion con el nitrato de plata* ha hecho desaparecer afonías que habian persistido por mucho tiempo; pero ¿tambien puede aqui decirse que no habia ningun síntoma de laringitis? Si analizamos las dos primeras observaciones, las únicas en que se puede admitir que no habia ninguna lesion profunda de la laringe, hallaremos sin embargo que ha habido al principio en la garganta, irritacion, una incomodidad manifiesta y una sensacion penosa que provocaba la tos; de modo que en rigor podria considerarse á la enfermedad como una laringitis muy ligera que habia pasado al estado crónico. Sea como quiera, Trousseau practica del mismo modo la cauterizacion en los casos de afonía que en los de laringitis simple, y asi pues me limito á remitir al lector al tratamiento de esta última enfermedad (véase pág. 198).

Se puede referir á esta medicacion la que ha empleado Gerner (2), y que consiste en la *inspiracion de vapores amoniacales*, desprendidos de las mezclas de las soluciones de hidroclorato de amoniaco y carbonato de potasa; pero no me atrevo á acon-

(1) *De la cautérisation du larynx dans certains cas d' aphonie chronique* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, febrero 1835).

(2) *British med. Review*, t. VIII, p. 252, 1839.

Digitized by Google

sejar esta medicacion apoyada en un hecho solo, á causa del peligro que ofrece, porque es difícil limitar la accion de estos vapores amoniacales, y pueden causar en los pulmones una irritacion funesta.

Finalmente, el doctor Lilienhain (1) concibió la idea en dos casos, en que habia sido ineficaz el emético, de producir una irritacion en la lengua por el uso tópico del *pimiento de los jardines (capsicum annuum)*, y segun dice, con éxito muy feliz. Para emplear esta medicacion, se aplicará si puede obtenerse el pimiento fresco, una pasta formada de este fruto machacado, que se pondrá sobre la lengua, vigilando su accion para que la irritacion no sea demasiado intensa, ó bien se hará uso de la mezcla siguiente:

℞ Tintura de pimienta de Guinea (*capsicum annuum*)........................ 7 partes.
Infusion de coclearia............... 80 partes.

Se empapan compresas en este líquido que se aplicarán á la lengua, hasta que hayan producido una irritacion conveniente.

No haré reflexion alguna acerca de esta medicacion, pues al práctico es á quien corresponde ver si tiene en realidad la eficacia que le atribuye su autor.

Se ha citado (2) un caso de afonía de doce años de duracion en una señorita, y que se ha curado haciéndola fumar *cigarrillos de benjuí*, preparados del modo seguiente:

«Se toma una hoja de papel de estraza blanco y grueso, y se le impregna en una solucion concentrada de nitrato de potasa; se deja en seguida secar esta hoja, y luego que lo está se estiende por encima una capa de tintura compuesta de benjuí. Por último, se corta el papel en pedacitos de 8 centímetros (40 líneas) de largo y 3 ó 4 (15 á 20 líneas) de ancho, que se envuelven como los cigarrillos ordinarios. Al arder el papel, esparce vapores blancos y espesos, de que es preciso aspirar los mas que sea posible.»

Electricidad, *galvanismo*. El galvanismo y la electricidad, dice el doctor Ryland (3), cuentan frecuentes resultados fa-

(1) *Hufeland's Journal*, 1829, cuaderno suplementario, p. 89.
(2) *The provincial Journal*, y *Journ. des conn. méd.-chir.*, enero de 1850.
(3) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIX, p. 579.

Digitized by Google

bles á la par que han sido muy á menudo inefieaces. Por
te no he hallado en la ciencia observaciones que pudie-
me formar mi opinion, y escepto un hecho de Serres,
o acerca de este punto algunas aserciones de dife-
s. Sin embargo, se concibe que puedan intentarse
un caso en que los anteriormente espuestos no
porque si bien su eficacia no está fuera de
lo menos ningun peligro. La electropuntura
ue deberia elegirse con preferencia y se la
iente:
lavan dos agujas de platino, una en la
la columna vertebral, un poco hácia
ebajo de la laringe ó en la parte
s dedos hácia fuera de la línea
la pila de Volta ó de la máqui-
arck, se establece una corriente por
s, lo cual se obtiene manteniendo el polo
a aguja clavada debajo del occipital y aplicando
entos á la otra el polo negativo. Al médico correspon-
determinar, segun el efecto que produzcan, el número de sacudimientos necesarios. Esta operacion puede repetirse todos los dias hasta el completo restablecimiento, á no ser que canse demasiado al enfermo, en cuyo caso las aplicaciones se harán á mas ó menos tiempo unas de otras.

Tratamiento de la afonía intermitente. Entre los casos de afonía intermitente que he podido reunir, hay pocos que hayan cedido á la accion de la quina ó del sulfato de quinina. En la enferma que ha asistido el doctor Rennes (*lug. cit.*) no produjo ningun efecto este medicamento administrado á la dosis de 45 centígramos (9 granos) todas las mañanas, por espacio de cinco dias. Sin embargo, el doctor Richter (*lug. cit.*) ha visto cesar á beneficio de esta sustancia, administrada á altas dosis, una afonía sintomática de un histérico cuyas accesiones repetian todos los dias á la misma hora. En un caso que ha observado Melier (1), el sulfato de quinina, que en un principio habia dado buenos resultados, llegó al fin á ser enteramente ineficaz.

(1) *Revue médic.*, febrero de 1842, p. 276.

Digitized by Google

No por esto y á pesar de la ineficacia del sulfato de quinina se debe dejar de administrarle en los casos en que haya motivo para suponer que la afeccion es periódica.

Indicaciones particulares. Hemos visto en el párrafo *Causas*, que la afonía puede atribuirse las mas veces á causas especiales muy variables, y que con llenar las indicaciones que de ellas se desprenden, se ha conseguido en algunos casos restituir á la voz su timbre normal. Asi el médico debe indagar con el mayor cuidado todas las circunstancias que han acompañado á la aparicion de la enfermedad, á fin de poder emplear los medios que le parezcan mas apropiados. Ya se supone que seria imposible, atendida la variedad de estas circunstancias, esponer de un modo general el tratamiento de estos casos particulares, y me limitaré á indicar los hechos principales que se han presentado á la observacion de los autores, á fin de que el práctico pueda tener en ellos unos ejemplos que le servirán con algunas modificaciones en los casos que tenga necesidad de tratar.

El *terror*, lo mismo que cualquiera otra *emocion viva*, ha producido á veces la afonía, y en estos casos se ha observado que otra emocion de la misma ó distinta naturaleza ha conseguido restablecer de repente la voz, cosa que no habia podido lograr un tratamiento continuado por mucho tiempo. Asi Blache (*lug. cit.*) ha visto en una señora que estaba asistiendo con Chomel, que una afonía que habia sobrevenido á consecuencia de un esceso de alegría, despues de una gran inquietud, desapareció de repente despues de una emocion violenta, y dos veces causas análogas han producido y vuelto á corregir esta misma afeccion. La observacion de Melier que acabamos de citar, es otro ejemplo de la influencia de las grandes emociones, y se refieren hechos semejantes en las *Actas de los curiosos de la naturaleza.* ¿En estos casos el médico deberia imitar estos efectos de la casualidad y buscar en las emociones fuertes un remedio que no halla en la materia médica? Creo que es necesario ser sumamente prudente en el uso de tales medios, que podrian muy bien no llenar el objeto que nos proponemos, produciendo al mismo tiempo funestos accidentes. Lo único que puede permitirse al médico, es imitar la conducta de Guersant en el caso siguiente. Blache refiere (*lug. cit.* pág. 435), que en una jóven

Digitized by Google

que se habia quedado afónica en la convalecencia de una calentura grave, el temor de que se le aplicase al cuello un vejigatorio ancho que Guersant habia propuesto hizo desaparecer inmediatamente el fenómeno morboso. En efecto, es este un dato que no debe echarse en olvido, porque proponiendo aquellos medios que parece que deben causar mayor impresion en el ánimo del enfermo, se puede esperar obtener un resultado semejante. Pero en los casos en que no sea posible aplicar el medio propuesto, siempre debe el médico obrar de modo que se reserve un motivo para revocar su determinacion, á fin de no perder su influencia para con el enfermo. Considero inútil indicar los diferentes tratamientos que pueden proponerse, porque deben variar segun los sugetos y las circunstancias, y asi me limitaré á decir de un modo general, que los medios dolorosos, como los cáusticos, el cauterio actual, etc., ofrecerán los principales recursos de esta especie de tratamiento moral.

En los casos en que pudiera suponerse que la pérdida de la voz depende de una *afeccion de los órganos genitales*, se debe seguir con el mayor cuidado el tratamiento de esta afeccion. Zacuto Lusitano (*lug. cit.*) dice que abrió con buen éxito dos exutorios en las ingles para remediar la supresion de una blenorragia á la cual se habia atribuido la afonía. Tanchou (1) vió aparecer una afonía con una inflamacion uretrovesical, y desaparecer con ella; y Piorry (2) refiere la historia de una señora jóven que despues de la aplicacion de un pesario recobró inmediatamente la integridad de la voz que habia perdido en parte. Sin conceder á estos hechos un gran valor, es bueno, sin embargo, que los conozcamos para aumentar con ellos los recursos del práctico.

Finalmente, cuando ha parecido que la enfermedad dependia de la *existencia de lombrices* en el conducto intestinal, se han obtenido algunos ejemplos de curacion despues de espelidos estos entozoarios. Asi pues si se cree que esta es la causa de la afonía, conviene recurrir cuanto antes á los medios que espondremos detenidamente en el artículo destinado á las *lombrices intestinales*.

(1) *Considér. sur l' infl. récipr. des org. gén. sur la voix.*
(2) *Diccionario de ciencias médicas*, art. Voz.

Digitized by Google

Tratamiento de la afonía consecutiva al cólico de plomo. Hé aqui una indicacion que puede considerarse como especial, y de la que por lo tanto conviene que diga dos palabras en particular. Cuando se presente la afonía en el caso del cólico de plomo, es raro que la parálisis esté limitada á los músculos de la laringe, y que no se la observe al mismo tiempo en otras partes del cuerpo. Atendiendo pues á esta consideracion y á que el principio de la enfermedad procede de una causa general, se debe recurrir principalmente á medios que obren del mismo modo, y entre ellos los dos principales son la *estricnina* y los *baños sulfurosos*. Tanquerel des Planches (1) cita dos observaciones en las cuales estos medios usados con constancia han hecho desaparecer completamente la afonía. Indicaré en una prescripcion el modo de dirigir el tratamiento.

Resúmen, prescripciones. Los detalles en que hemos entrado me dispensan el hacer largas reflexiones acerca del tratamiento de la afonía, y solo advertiremos que los medios terapéuticos deben emplearse con constancia y no sustituirlos por otros hasta estar bien seguros de su ineficacia.

PRESCRIPCION I.

TRATAMIENTO DE LA AFONÍA SIMPLE.

1.° Para bebida, una tisana ligeramente escitante.

2.° Una sangría de 3 á 400 gramos (10 á 13 onzas) que puede repetirse con mas ó menos frecuencia en los casos en que produzca algun efecto.

3.° Un vejigatorio ancho ó un sedal á la parte anterior del cuello.

4.° Un purgante compuesto de jalapa y calomelanos, segun la fórmula del doctor Watson (véase pág. 409).

5.° Cauterizacion con el nitrato de plata, segun el procedimiento de Trousseau (véase pág. 198).

No deben emplearse estos diversos medios mas que con algunos dias de intervalo, á no ser que se quiera obrar con mucho vigor en el tratamiento de una afonía reciente.

(1) *Traité des maladies de plomb.*, Paris, 1839, t. II, p. 107 y siguientes.

Digitized by Google

PRESCRIPCION II.

OTRO TRATAMIENTO DE LA AFONIA SIMPLE.

1.° Infusion de tilo, dulcifica con jarabe de flores de naranjo.

2.° ℞ Tártaro estibiado..... 5 á 10 centigram. (1 á 2 g)
Jarabe de ipecacuana. 30 gram. (℥j)
Agua de lechuga.... 120 gram. (℥jv)

Mézclese.

Se toma una cucharada cada cuarto de hora hasta que produzca vómitos repetidos.

3.° Fricciones al cuello con el aceite de croton tiglio (véase *Laringitis simple*, pág. 170).

O bien

Sinapismos ambulantes al cuello y parte anterior del pecho.

4.° Se empleará la electropuntura, segun los preceptos que hemos espuesto mas arriba (véase pág. 413).

PRESCRIPCION III.

TRATAMIENTO DE LA AFONÍA, CUYA CAUSA EVIDENTE HA SIDO UNA EMOCION MORAL.

1.° Se hace uso de los medicamentos precedentes.

2.° Se administra la pocion antiespasmódica de Hoffmann (véase pág. 408).

3.° Se procura restablecer las reglas si estan suprimidas, y en caso que no se consiga, se suplirá el flujo menstrual por la aplicacion mas ó menos repetida de sanguijuelas.

4.° Se obra sobre la parte moral, proponiendo el uso de remedios que asusten al enfermo.

Fácilmente se conoce que asi todos estos medios como los demás de que hemos hecho mencion en este párrafo, pueden combinarse de varios modos, cuyo cuidado dejamos á la discrecion del médico.

Digitized by Google

PRESCRIPCION IV.

AFONÍA Á CONSECUENCIA DE UN CÓLICO DE PLOMO.

1.º Se hará uso de la electricidad y del galvanismo que han producido con bastante frecuencia la curacion de diversas parálisis saturninas.

2.º Un baño sulfuroso diario en que permanezca el enfermo durante una hora.

3.º Si quedan todavía algunos vestigios del cólico saturnino, se insistirá en los purgantes y principalmente en el aceite de croton tiglio, medicamento muy eficaz en esta afeccion, como veremos al hacer su historia.

4.º En los casos en que este plan pareciese insuficiente, ó bien desde el principio, se podria remplazar la electricidad y el galvanismo por la estricnina administrada del modo siguiente:

℞ Estricnina pura........... 5 centígram. (1 g̃)
Conserva de rosas rojas..... 1 gram. (20 g̃)

Háganse diez píldoras.

Se toma una por la mañana y otra por la tarde durante los cuatro ó cinco primeros dias, aumentando despues la dosis, si no se manifiestan bien los efectos del medicamento sobre la movilidad muscular, hasta que el enfermo tome cinco ó seis píldoras, de cuya dosis es prudente no pasar, á no ser en circunstancias particulares.

No he hecho mencion en las prescripciones de la sangría, ni del tratamiento de la afonía intermitente, porque los pormenores que dejo espuestos me parecen suficientes.

Tal es el tratamiento de la afonía, respecto al cual no es posible dejar de decir, que en los casos en que todos estos medios son ineficaces, lo que sucede con bastante frecuencia, la enfermedad persiste por toda la vida con los signos de una buena salud general.

Breve resumen del tratamiento.

Antiflogísticos, antiespasmódicos, revulsivos, vomitivos y purgantes, cáusticos y cateréticos, quina, electricidad y galvanis-

mo, estricnina y medios que varían segun las diversas circunstancias.

CAPITULO III.

ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA.

La tráquea, de cualquier modo que se la considere, no constituye un órgano independiente, y no tiene mas uso que prestar paso al aire para que llegue hasta el pulmon. Simple intermedio entre la laringe y las ramificaciones bronquiales donde se efectúa la hematosis, la tráquea no es mas que el tronco del árbol aéreo, y asi no debe sorprendernos el no hallar en este órgano enfermedades que le sean propias y le afecten esclusivamente. En efecto, nadie ignora que las afecciones de la tráquea son solo la estension ó el principio de las de la laringe y de los bronquios, ó que á lo menos es muy raro que asi no suceda. Asi pues, la traqueitis simple no es por lo comun mas que el principio de la bronquitis aguda; la seudomembranosa sobreviene casi en todos los casos á consecuencia de la inflamacion de igual naturaleza de la laringe, y en cuanto á las enfermedades crónicas veremos en la sucesion de este artículo, que se ha dudado mucho acerca de su existencia como afecciones independientes de la tráquea, y que aun admitiéndolas, solo deben considerarse como un hecho escepcional.

Si despues de estas consideraciones se atiende tambien á que el mayor calibre de la tráquea espone mucho menos esta parte de las vias respiratorias que todas las otras á una obstruccion capaz de producir la sufocacion y la asfixia, se comprenderá fácilmente por qué las enfermedades de este órgano ofrecen tan poco interés á los prácticos, y por qué asimismo las investigaciones acerca de este punto son tan raras y tan poco instructivas.

En este supuesto, casi podrian pasarse en silencio y sin gran inconveniente las enfermedades de la tráquea. Pero se han suscitado algunas cuestiones acerca de las cuales conviene decir dos palabras, á fin de que no quede ninguna duda en el ánimo del lector, y esta es la razon porque voy á esponer rápidamente lo

Digitized by Google

mas interesante que han dicho los autores acerca de este particular, limitándome á una simple indicacion en todo lo que no tenga cierta utilidad práctica.

Los antiguos hablaron con mucha frecuencia de las enfermedades, especialmente crónicas, de la traquearteria; pero si se examina con atencion todo lo que han dicho, no se tarda en conocer que ordinariamente confundieron unas con otras las afecciones de la laringe y de la tráquea, ó que á lo menos, en los casos cuyas historias nos han dejado, presentaba la laringe lesiones tan considerables como las de la tráquea misma. Recientemente se ha procurado hacer de la tisis traqueal una enfermedad particular, y Cayol (1) ha insistido particularmente en hacer admitir esta especie particular de tisis. Cuando se trate de esta afeccion, referiré las discusiones que esta opinion de Cayol ha suscitado.

§. I.

TRAQUEITIS SIMPLE.

Es tan raro hallar la inflamacion simple de la tráquea limitada á este órgano, que los autores no se han detenido por lo general en hacer la descripcion de esta enfermedad. Me limitaré á esponerla en pocas palabras.

Causas. Segun Roche (2) «la única circunstancia que tal vez podria dar origen esclusivamente á esta enfermedad, es la impresion de una corriente de aire frio sobre la parte anterior del cuello, estando el cuerpo sudando.» Por mi parte, no creo que se haya publicado una sola observacion que ponga este hecho fuera de duda. En cuanto á las demás causas que este autor indica, no haré mencion de ellas, porque las unas no ocasionan directamente la traqueitis, que solo se presenta por la estension de otra enfermedad *(laringitis, bronquitis)*, y las otras constituyen por sí mismas afecciones importantes, de las cuales la traqueitis es tan solo una complicacion.

Síntomas. Los síntomas de la inflamacion de la tráquea son los siguientes, como puede verse examinando lo que sucede en

(1) *Rech. sur la phthisie trachéale;* Tésis, Paris, 1810.
(2) *Dicc. de med. y ciruj. prácticas,* art. TRAQUEITIS.

Digitized by Google

la bronquitis ordinaria, y separando la parte de síntomas que corresponden á cada porcion del árbol bronquial.

1.° Incomodidad, tension, punzadas y dolor en la parte inferior del cuello y detrás de la parte superior del esternon; 2.° tos mas ó menos intensa, provocada ordinariamente por estas punzadas: Roche ha citado un ejemplo en que casi no habia tos; 3.° al principio no hay esputos, luego se presentan trasparentes, filamentosos, salados y poco abundantes; mas tarde son perlados, á veces ligeramente negruzcos, y por último amarillos, verdosos y opacos; 4.° dificultad de respirar mas ó menos considerable, con opresion mas intensa por momentos. Estos son los síntomas que se pueden referir á la inflamacion de la tráquea. En cuanto á la tumefaccion, al calor de la parte anterior del cuello y á los síntomas febriles de que habla Roche, no creo que deba hacer mencion de ellos, porque no hay ejemplos de que se hayan presentado en una inflamacion limitada á la tráquea.

Por la auscultacion se pueden percibir algunos silbidos hácia el nacimiento de los bronquios; pero por lo comun no se percibe ningun ruido particular. En cuanto á la percusion, no indica signo alguno anormal.

Curso y duracion de la enfermedad. La traqueitis simple sigue un curso rápido y dura por lo comun cinco ó seis dias: no hay ningun ejemplo de traqueitis simple crónica.

Lesiones anatómicas. Las únicas lesiones anatómicas que ocasiona la inflamacion de la tráquea son una cantidad mayor ó menor de moco, la rubicundez, el engrosamiento y el reblandecimiento de la mucosa.

Diagnóstico. La poca intensidad de la afeccion, las punzadas circunscritas á la parte inferior del cuello, la dificultad poco considerable de respirar y la falta mas ó menos completa de ruidos anormales á la auscultacion, sirven para distinguir la traqueitis simple de la bronquitis aguda, única enfermedad con que pudiera confundirse.

Tratamiento. Rara vez nos consultan los enfermos acerca del tratamiento de una afeccion tan ligera, que consiste por lo comun en bebidas edulcorantes, y solo se recurrirá á una aplicacion de sanguijuelas en los casos en que se temiese la estension de la flegmasia hácia el pecho, en sugetos que hu-

Digitized by Google

biesen presentado antes algunos síntomas alarmantes de esta cavidad. Por último, en algunas circunstancias, ó si es absolutamente necesario restablecer pronto la integridad de los órganos de la respiracion, se puede recurrir á los narcóticos ligeros, á las fumigaciones, etc.; pero no me estenderé en mayores detalles respecto á este particular, porque este tratamiento no se diferencia en nada del de la bronquitis simple aguda, del cual me ocuparé detenidamente al tratar de esta última enfermedad.

§. II.

TRAQUEITIS SEUDOMEMBRANOSA.

Hemos visto ya en la historia del crup que algunos autores, y en particular Jurine (véase pág. 252), habian referido casos en que la inflamacion seudomembranosa invadia primero la tráquea; pero todos han reconocido que no tardaba en estenderse y propagarse la lesion por una parte á la laringe y por otra á los bronquios. En el primer caso se ha considerado siempre á la enfermedad como una *laringitis seudomembranosa*, y en el segundo constituye, como veremos mas adelante, la *bronquitis seudomembranosa ó crup bronquial*. Asi pues, hasta se podria pasar en silencio la descripcion de la traqueitis seudomembranosa como enfermedad aislada. Pero, sin embargo, en Baillou (1) hallamos indicados cuatro casos de muerte por sufocacion sin tos ni espectoracion, y en los cuales nos dice el autor que se hallaba obstruida la tráquea por una *sustancia pituitosa, densa y estendida en forma de membrana;* mas es probable que esta falsa membrana no estuviese limitada á la tráquea, que parece que ha sido la que únicamente examinó Baillou.

El doctor Mat. Baillie ha descrito una afeccion que designa con el nombre de *pólipo*, título que por sí basta á alarmar; pero basta una simple lectura para darnos inmediatamente á conocer que á lo que se ha dado este nombre era á unas falsas membranas que cubrian la tráquea.

Sin detenerme mas en una afeccion tan dudosa, voy á pa-

(1) *Opera medica*, *Epid. ephem.*, lib. II, p. 197 y 201.

Digitized by Google

sar á describir la traqueitis ulcerosa, mas generalmente conocida con el nombre de *tisis traqueal*.

§. III.

TRAQUEITIS ULCEROSA *(tisis traqueal)*.

Ya Morgagni, Borsieri y otros muchos autores habian hablado de úlceras de la tráquea; pero Cayol ha sido el primero que se ha ocupado especialmente de este asunto. Este autor refiere en su tésis seis casos de tisis traqueal, de los cuales cuatro le pertenecen y dos los toma de Morgagni (*Ep.* XV, 15) y de Sauvée (1); pero en tres de ellos solo se trata de úlceras simples. Vamos á esponer, segun el citado autor, y sin prejuzgar nada acerca de esta afeccion considerada como enteramente independiente, la historia de la traqueitis ulcerosa.

Causas. De los tres sugetos dos pertenecian al sexo masculino y tenian de treinta y nueve á cincuenta años. La muger era la única que habia padecido disnea desde su infancia, y uno de los dos hombres habia abusado de las bebidas alcohólicas. En uno de los enfermos se presentó la afeccion al mes de haber desaparecido un infarto glandular del cuello y de la axila que habia durado por espacio de ocho meses, y en la muger se efectuó la invasion en el curso de una bronquitis que habia ocasionado mucha disnea.

Hé aquí lo que se ha notado en los enfermos que observó Cayol. Se han admitido además como causa de la ulceracion de la tráquea una ó mas infecciones venéreas anteriores, lo cual no debe perderse de vista, porque volveremos á recordarlo cuando se trate de decidir si hay ó no una tisis traqueal no sifilítica, independiente de cualquiera otra afeccion.

Síntomas. Los síntomas que se han observado son los siguientes: *dolor* constante ó pasagero detrás de la parte superior del esternon con sensacion de *incomodidad* mas ó menos considerable. *Tos* continua, frecuente, por accesiones en un caso, y aumentando siempre de intensidad desde la invasion, y á la que sucedian ordinariamente en uno de los enfer-

(1) *De la phthisie laryngée,* tésis de Paris, año X, en 8.º

Digitized by Google

mos *opresion* y *disnea*. Los *esputos*, al principio viscosos y filamentosos, se presentaban despues amarillos, espesos y opacos, y estaban mezclados entonces con una materia espumosa y pituitosa. La *disnea*, notable ya desde la invasion, iba siempre en aumento, escepto en un caso en que pareció que disminuia al fin. En dos sugetos hubo *accesos de sufocacion*. La *voz*, simplemente ronca en dos enfermos, se presentó en otro, primero como oscurecida y despues apagada. No se percibia por la *percusion* ningun sonido anormal. Al mismo tiempo que se presentaban estos síntomas, habia *calentura*, que adquiria al cabo de cierto tiempo una intensidad considerable. Por último, hácia el fin de la existencia, se observaba un *enflaquecimiento* manifiesto y hasta el completo *marasmo*.

Curso y duracion. El curso de esta afeccion ha sido lento, pero continuo; su duracion varió de siete á diez y seis meses.

Lesiones anatómicas. Cayol halló en la autopsia úlceras de 2 á 6 centímetros (de 10 á 30 líneas) de largo, mas ó menos profundas, y que tenian mas particularmente su asiento en la segunda mitad de la tráquea y en la bifurcacion de los bronquios. Andral (1) cita un caso en el que estaba la tráquea acribillada de úlceras; pero no se deduce de su descripcion que no hubiese tubérculos en los pulmones.

Diagnóstico. Hemos dado detalladamente el diagnóstico de esta afeccion en el artículo *Laringitis ulcerosa*, y asi es inútil reproducirle aquí. Baste recordar que el sitio del dolor y la conservacion mas ó menos completa del timbre de la voz, son los principales signos distintivos.

Pero se nos presenta ahora una cuestion sobrado importante para que la pasemos en silencio. *¿Las úlceras de la tráquea pueden en realidad existir independientes de cualquiera otra afeccion, y particularmente de la tisis pulmonar y de la laringitis crónica?* Este es un punto sobre el cual no estan conformes los autores. Trousseau y Belloc no dudan en responder negativamente, y para ellos no hay tisis traqueal propiamente dicha, y confunden esta enfermedad con la tisis laringea. Segun estos autores, en las observaciones que refiere Cayol no se ha hecho de un modo bastante exacto el exámen de la laringe para que pueda afirmarse que este órgano estaba realmente sano.

(1) *Cliniq. méd.*, 3.ª edicion, t. III, p. 179.

Digitized by Google

Por otra parte, á pesar del celo con que se ha cultivado la anatomía patológica desde que Cayol ha publicado su tesis, no se ha citado un caso bien auténtico de úlceras de la tráquea sin tisis pulmonar, y en particular Louis no ha hallado aun un solo ejemplo, aun cuando ha hecho ya un gran número de autopsias de todas especies, al paso que son sumamente multiplicados los casos en que se han manifestado los síntomas de esta última enfermedad antes de los de la traqueïtis ulcerosa. Si bajo este nuevo punto de vista examinamos ahora los hechos que refiere Cayol, hallamos que de las tres observaciones de úlceras propias de la tráquea, solo en una (la segunda), como lo ha hecho notar Louis (1), hace mencion de las enfermedades venéreas que el enfermo ha podido contraer, y dice que nunca ha padecido ninguna; y como ya hemos dicho antes de ahora, lo mismo las úlceras de la tráquea que las de la laringe, han sido colocadas entre los síntomas secundarios de la sifilis. Este vacío en la observacion nos permite pensar que pudo existir esta causa especial, y de aqui resulta: primero, que la existencia de la tisis traqueal, independiente de la tisis pulmonar, debe considerarse como una escepcion muy rara, si aun no se la tiene como muy dudosa hasta que haya nuevos datos; y segundo, que en los casos en que se han hallado úlceras en la tráquea sin tubérculos en los pulmones, se puede sospechar la existencia de una infeccion venérea. Esta opinion dista mucho de la de Laennec, que se ha adelantado á decir, que á veces se hallan en los tísicos úlceras de la tráquea, pero que es mucho mas comun que se desarrollen en sugetos cuyos pulmones estan sanos. El error en que ha caido este autor, tan justamente célebre, nos prueba cuán peligroso es en las ciencias el apreciar los hechos con demasiada ligereza.

En los casos de úlceras de la tráquea que ha observado el doctor Mat. Baillic (2) habia al mismo tiempo una ulceracion del esófago, que segun todas las apariencias habia sido la primera que se habia manifestado. Andral (*lug. cit.*, pág. 180) cita tambien dos casos semejantes.

(1) *Examen de l' examen de M. Broussais, relativement à la phthisie*, etc., Paris, 1834.

(2) *Morbid anatomy*, 5.ª edicion, Londres, 1818, p. 96.

Digitized by Google

Tratamiento. El método curativo de la traqueitis ulcerosa no se diferencia apenas del que se emplea contra la laringitis ulcerosa, á cuya historia remito al lector (véase pág. 344 y siguientes). Solo diremos que debe esperarse mas de las *fumigaciones y aspiraciones de polvos medicinales* que de la cauterizacion por la abertura superior de la laringe, y que deben aplicarse los revulsivos mas bien á la parte superior del pecho que á la anterior del cuello.

§. IV.

DIVERSAS AFECCIONES CRÓNICAS DE LA TRÁQUEA.

Se han citado algunos casos de *cancer de la tráquea*, y Mat. Baillie (*lug. cit.*) refiere un ejemplo de esta enfermedad con el nombre de *trachea scirrhus;* pero no creo que merezca detenernos esta afeccion tan rara como oscura, que no presenta síntomas especiales y que es superior á los recursos del arte.

En cuanto á la *osificacion de los anillos de la tráquea*, que ha indicado el mismo autor, no constituye una enfermedad particular, sino que resulta de los progresos de la ulceracion.

Se ha publicado (1) una observacion titulada *hidátides en la traquearteria;* pero segun la descripcion que hace el autor, nos inclinamos mas bien á creer que era simplemente una falsa membrana crupal, que verdaderas hidátides.

Finalmente, en el Diario de Edimburgo (t. XI, pág. 269, 1815) se lee una observacion que lleva por título, *Caso de contraccion espasmódica de la tráquea*, y que se observó en una jóven de quince años, que sucumbió á los ocho dias despues de una disnea que habia ido siempre en aumento. En la autopsia se halló la tráquea estrechada en su parte media en la estension de 4 centímetros (20 líneas) hasta el punto de estar disminuido el diametro de este órgano en dos terceras partes de su calibre. Despues de abierto el cadáver se fue disipando por grados la contraccion, y al dia siguiente no era ya perceptible. Es demasiado escepcional este hecho para que merezca mas que una simple mencion.

(1) *The Edinburg med. and surgical Review*, 1811, t. VII, p. 490.

Digitized by Google

No me detendré mas en afecciones que se presentan rodeadas de tanta oscuridad y que tan poco interés ofrecen al práctico, pues vuelvo á repetirlo, no he tenido otro objeto mas que poner al lector en el caso de distinguir un caso escepcional de los que acabo de citar, si por casualidad se presentase algun dia á su observacion.

APENDICE.

ASMA TIMICO.

Aun cuando, segun el mayor número de los autores que se han ocupado del asma tímico, esta enfermedad no tiene su asiento anatómico en la laringe ni en la tráquea, creo que debo colocarla entre las afecciones de estos órganos por varias razones: 1.° porque si es cierto que el asma tímico depende de una hipertrofia de la glándula timo, solo por la accion directa ó indirecta que ejerce esta hipertrofia sobre los órganos de le respiracion, da lugar á los síntomas característicos de la enfermedad; 2.° porque muchos autores de que haré mencion mas adelante no consideran á la hipertrofia del timo como la verdadera causa de los síntomas que se presentan, sino que resultan, segun ellos, de un estado patológico de la laringe y de la tráquea; 3.° porque conviene esponer la historia del asma tímico en seguida de las afecciones con que tiene mas relacion; y 4.° en fin, porque no habiéndome sido posible, á pesar de los trabajos de los médicos alemanes, desvanecer algunas dudas que tengo hasta de la existencia misma de este asma timico, y hallándose por el contrario demostrado con razones, en mi juicio convincentes, de que esta enfermedad no es mas que un síntoma de la *eclampsia* á que llaman los ingleses *espasmo de la glotis*, he creido que seria lo mas oportuno presentar su historia como un *apéndice* á las enfermedades de la laringe y de la tráquea, en el cual se podrian discutir las cuestiones importantes que á este punto se refieren.

Consideraciones generales. Esta enfermedad, que ha sido estudiada particularmente por los médicos alemanes, ha dado motivo en Francia á numerosa discusiones. Se ha preguntado por algunos si en realidad existia una afeccion sufocante cuya causa fuese el desarrollo

Digitized by Google

anormal del timo, ó si en los casos en que al hacer la autopsia de los niños muertos á consecuencia de un acceso de sufocacion, se ha hallado el timo hipertrofiado, no seria solo una simple coincidencia entre el síntoma y la lesion á que se atribuia. Me ocuparé de esta cuestion cuando lleguemos al diagnóstico de esta enfermedad, limitándome por ahora á decir, que en las colecciones médicas se halla un número bastante considerable de observaciones en las cuales han coincidido síntomas que tienen algo de particular con un desarrollo anormal del timo, muy manifiesto despues de la muerte, y que es muy dificil, por los datos que nos suministran los autores, referir la afeccion á una de las enfermedades sufocantes bien conocidas de los patólogos. Sin duda que es muy estraordinario que en Francia, donde con tanto afan se han cultivado la observacion y la anatomía patológica, no se haya hallado cierto número de casos de este género; mas supuesto que hay hechos que solo podemos esplicar en el estado actual de la ciencia, admitiendo provisionalmente la existencia del asma tímico, debemos admitir tambien que estos hechos pueden presentarse al práctico, y que por lo mismo conviene dárselos á conocer. Sin embargo, como atendida la insuficiencia de las observaciones no puede prescindirse de dudar de la existencia misma de la enfermedad, y sobre todo como esta afeccion solo se presenta raras veces, trazaré rápidamente su historia, á lo cual me inclina tambien la consideracion de que en la gran mayoría de casos, por no decir en todos, han sido infructuosos los tratamientos mas variados (1).

§. I.

DEFINICION, ESPECIES, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Segun las observaciones que poseemos, el asma tímico está caracterizado por accesiones violentas de sufocacion y por la hi-

(1) En el artículo *Diagnóstico* se verá que considero al asma tímico como una enfermedad idéntica al *espasmo de la glotis* de los ingleses, y como el espasmo de la glotis segun demostraré mas adelante no es mas que una forma de la eclampsia, resulta que el asma tímico en realidad es solo una neurosis. Este modo de considerarle es, como ya he dicho antes de ahora, el mismo que tienen Trousseau y Herard, y el mas generalmente adoptado en la actualidad.

Digitized by Google

pertrofia del timo, que segun unos, comprime los órganos de la respiracion y de la circulacion, que otros creen que únicamente ejerce su accion sobre los nervios, y finalmente, que muchos la consideran tan solo como una lesion de importancia secundaria.

Ya Feliz Platero (1) habia indicado esta afeccion con el nombre de *Suffocatio à struma interna abscondita circa jugulum.* Pedro Frank (2) ha dado de ella, con el nombre de *Asthma ex obesitate thymi*, una corta descripcion que se ha citado en todas partes, y por lo cual ha criticado con razon Haugsted (3) al doctor Kopp, de Copenhague, de haber considerado al asma tímico como una enfermedad nueva.

Si hemos de creer á Kopp (4), esta afeccion es *frecuente*, pero se conoce que es imposible que nos decidamos acerca de este punto, porque nuestra opinion está naturalmente subordinada á á la mayor ó menor exactitud del diagnóstico que forman los autores, y como hasta ahora en Francia ni aun se han citado ejemplos bien auténticos de esta enfermedad, esto prueba que cuando menos es escesivamente rara.

§. II.

CAUSAS.

Nada se sabe de positivo acerca de las causas de la hipertrofia del timo. Caspari y Pagenstecher, citados por Haugsted, consideran al desarrollo de esta glándula como dependiente de los accesos de sufocacion, y admitiendo esta opinion resultaria que era una consecuencia y no la causa de la enfermedad.

Todo cuanto puede decirse de positivo relativamente á las causas, es que esta afeccion es propia de los niños de corta edad, que muy rara vez se la ha observado despues de los cuatro años, y que es mas frecuente en los primeros meses de la vida del niño.

(1) *Observ.*; Basil., 1641, lib. I, p. 184.
(2) *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. II, p. 213.
(3) *Thym. in homin.*, etc. Copenhague, 1832 (véase *Arch. gén. de méd.*, 1833, t. III, p. 102).
(4) *Denkwürdigkeiten in des Artzlichen Praxis;* Francfort sobre el Mein, 1830.

Digitized by Google

El doctor Schallgruber (1) llega hasta á asegurar que el asma tímico es mas frecuente en los individuos del sexo femenino que en los del masculino; pero esta opinion no se halla fundada en hechos, y por el contrario, las observaciones que se citan en la memoria de Kopp (2) todas han sido recogidas en niños. Segun Haugsted, la afeccion es de naturaleza escrofulosa; mas veremos en la descripcion de las lesiones anatómicas, que por lo comun nada se halla en la glándula hipertrofiada que pueda atribuirse á las escrófulas.

§. III.

SÍNTOMAS.

Kopp *(lug. cit.)*, Hirsch, de Koenigsberg (3), y el profesor Brera (4), son los que han descrito mas detalladamente los síntomas que se atribuyen á esta enfermedad, y asi tomaremos de estos tres autores el cuadro que vamos á presentar.

Los síntomas se manifiestan de repente y siempre *bajo la forma de accesiones*. Las causas principales de estas accesiones son: los gritos, la impaciencia, los grandes movimientos y los esfuerzos de toda especie; pero algunas veces se presentan sin que haya obrado ninguna de estas causas determinantes, y entonces pasa el niño de la mas completa calma á la mayor agitacion; y declarado ya el acceso, aparece una serie de síntomas que Brera ha distinguido en *patognomónicos* y *accesorios*.

Entre los primeros hallamos una *gran dificultad de respirar*, presentándose la respiracion entrecortada, é incompleta la inspiracion. En algunos casos, como uno que cita el autor Hood (5), se suspendió por un instante la respiracion y sucedió á esta calma una inspiracion brusca é incompleta. El doctor Koop hace igualmente referencia de este síntoma. Esta inspiración incompleta ocasiona un *grito agudo* que los autores comparan al de la coqueluche, aunque un poco menos fuerte. La respira-

(1) *Ueber das Erdrücken*, etc. (*A. Henke's Zeitschrift*, etc., t. I, 1821.)
(2) Véase *Gaz. méd.*, enero de 1836.
(3) *Journ. de Hufeland et Osan.*, julio de 1835.
(4) *Annali univ. di med.*; Omodei.
(5) *Case of diseas. thym.* (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIII, p. 289, 1835.)

Digitized by Google

cion continúa asi entrecortada y como á sacudidas por un corto espacio de tiempo, y al cabo de cinco ó seis inspiraciones sibilantes, termina la accesion, y ya solo queda segun el doctor Koop un poco de mal humor y un malestar que no tardan en disiparse.

En los casos mas intensos, las accesiones pueden durar hasta dos ó tres minutos, y aun, segun Fingerhuth, llegar á ocho y diez: pero Kyll (1) niega esta asercion, y cree que no es posible que pueda suspenderse por tanto tiempo la respiracion.

Estos son los signos que indican los autores, y nada han hablado de tos, ni del estado de la voz, y sin embargo hallo en muchas observaciones (2) que los niños padecian una *tos habitual*, aunque ligera.

Los síntomas, que los médicos que acabo de citar consideran como accesorios, son: *convulsiones* durante las cuales tienen los niños las manos cerradas, los dedos pulgares doblados con fuerza, la cabeza echada hácia atrás y los músculos posteriores del tronco sumamente contraidos; la *lividez* de la cara á la que sucede la palidez; *la dilatacion de las alas de la nariz*, *los ojos fijos*, *el frio de las estremidades y las escreciones involuntarias*. Los doctores Koop y Brera han indicado como sintomas muy importantes las *angustias*, los *espasmos* del pecho, *la debilidad de los latidos del corazon*, y sobre todo *la salida permanente de la lengua*, que los niños tienen siempre entre los dientes ó entre las encias: pero otros autores aseguran que estos síntomas faltan las mas veces. Segun Caspari, es siempre notable la *contraccion de los músculos lumbricales* de las manos y de los *adductores del dedo pulgar*.

Por lo que vemos, los observadores no hacen mencion alguna de la auscultacion ni de la percusion del pecho, ni del estado del cuello, que sin embargo merecia fijar su atencion en los casos en que los pulmones estaban comprimidos por un timo voluminoso. Fingerhuth es el único que ha dicho algo de los dos medios de esploracion del pecho, pero no ha dado respecto á ellos los suficientes detalles. Durante las accesiones, el *pulso*

(1) *Mem. sur le spasme de la glotte* (*Arch. de méd.*, 1837, 2.ª serie, t. XV, p. 88.

(2) *Cas de mort par augm. de thym.* (*Rust Magazine*, t. XXI, p. 554; *The Lancet*, t. II, 1839—40, etc., etc.)

Digitized by Google

está débil, concentrado y acelerado, y en los intervalos recobra su frecuencia normal.

Tales son los síntomas que se atribuyen á esta afeccion y creo inútil hacer notar cuánta es su vaguedad é insuficiencia: en efecto, todo se reduce á algunos signos de sufocacion acompañados de sintomas nerviosos, que mucho mejor pueden atribuirse á una accesion de eclampsia que á una simple compresion de los órganos respiratorios ó circulatorios. Tan cierto es esto, que el doctor Kyll (*lug. cit.*) no ha creido que debia separar el asma tímico del espasmo de la glotis, que segun él y otros muchos autores ingleses, depende unas veces de una lesion de las membranas cerebrales, otras de una flegmasia de la porcion cervical de la medula, algunas de la alteracion de los ganglios linfáticos del cuello, y por último en ciertos casos en la hipertrofia del timo. Pueden consultarse respecto á este particular las reflexiones que hemos hecho en el artículo del *crup falso*.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Hemos dicho que esta enfermedad está esencialmente caracterizada por las accesiones, lo cual indica que es *intermitente;* pero esta intermitencia es muy variable. Asi en el principio solo se observa una accesion cada ocho ó diez dias, al paso que hácia el fin de la enfermedad pueden contarse hasta veinte en las veinticuatro horas.

La *duracion* de esta afeccion puede ser, segun Hirsch, de tres semanas á veinte meses, y en este último caso se observan á veces intervalos de muchas semanas entre una y otra accesion.

En cuanto á la *terminacion* ordinariamente es funesta; pero sin embargo se han citado algunos casos de curacion, aunque raros, en los cuales las accesiones se han presentado de cada vez mas distantes, hasta llegar al fin á desaparecer completamente. En un caso que refiere Rullmann, la curacion no ha sido completa hasta despues de dos años.

Digitized by Google

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

La lesion mas notable es sin disputa el aumento de volúmen de la glándula timo, y para comprender hasta qué punto puede llegar esta hipertrofia, es preciso recordar que en los niños que nacen de todo tiempo, el peso de este órgano, segun Krause (1) es de 9 á 10 gramos (2 $\frac{1}{2}$ á 3 dracmas), y que en los que han sucumbido del asma tímico se le ha hallado de 55 gramos (cerca de 2 onzas) (Kornmaul), de 32 (9 dracmas) (Kopp), de 35 (10 dracmas) (Hirsch), de 16 (4 $\frac{1}{2}$ dracmas) (Platero): se le ha encontrado tambien de 5 á 6 centímetros (de 26 á 30 líneas) de ancho, estendiéndose desde la glándula tiroides hasta el diafragma, cubriendo el corazon, empujando los pulmones y enviando á veces prolongaciones en forma de bridas que rodeaban los vasos.

Cuando la hipertrofia es simple conserva el órgano su estructura, está blando en toda su estension y rezuma de él un líquido lechoso, como en el estado sano. En ciertos casos se ha hallado al timo tuberculoso, escirroso, lardáceo, etc., degeneraciones que no quiere Hirsch que se consideren como lesiones propias del asma tímico. Sin embargo, si estas lesiones diesen lugar á los mismos síntomas, no vemos qué motivo podria haber para escluirlas. Se ha hecho tambien mencion de la flacidez del corazon y de la existencia del agujero de Botal, pero tan solo en algunos casos.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. La cuestion principal, como ya lo hemos indicado, es saber *si la afeccion de que nos estamos ocupando debe ser incluida en el cuadro nosológico.* Son muchos los motivos que se reunen para hacernos dudar respecto á este punto. El primero es que los signos que se atribuyen al asma tímico son enteramente semejantes á los que se han notado en los

(1) *Lond. med. Gaz.* 1836—37, t. XX, p. 672.

Digitized by Google

casos de eclampsia con sufocacion, y ya hemos dicho que en estos casos citados por los ingleses con el nombre de *espasmo de la glotis* no existe ordinariamente la hipertrofia del timo. El segundo es que las investigaciones mas exactas de anatomía patológica no han podido hacernos descubrir ninguna relacion entre la hipertrofia de la glándula timo y la sufocacion; y el tercero, que en algunos casos ha podido existir una hipertrofia notable del timo sin ninguno de los síntomas que le atribuyen Kopp é Hirsch, como ha sucedido en un ejemplo muy notable que refiere Haugsted *(lug. cit.)*, quien dice que ha visto ascender el timo en una niña de siete años hasta el peso enorme de 150 gramos (5 onzas), sin que haya ocasionado ninguno de los síntomas del asma tímico. Por otra parte, Roesch de Schwenning (1) ha hecho notar que los síntomas de asfixia del asma que se supone tímica se diferencian notablemente de la asfixia que produce la compresion de la tráquea.

Diagnóstico. Se distingue el asma tímico de la *coqueluche* por la falta de prodomos, de tos habitual, de vómitos, de la espuicion de una materia filamentosa que pone fin á las accesiones, y por la supresion completa de la respiracion.

Se diferencia esencialmente del *crup* por el estado de la voz que no se halla apagada.

Si se presentasen á la observacion casos que pudiesen referirse al asma tímico, se deberia examinar con cuidado el estado del pecho.

Creo inútil presentar un cuadro sinóptico de un diagnóstico hasta ahora tan oscuro.

Pronóstico. Esta afeccion es casi siempre mortal, y cuando las accesiones se aproximan mucho, es inminente la terminacion funesta.

§. VII.

TRATAMIENTO.

No me será posible estenderme en el tratamiento de un estado patológico, cuya existencia como enfermedad especial es mas que dudosa, y que si le he descrito con algunos detalles ha

(1) Véase *Gaz. médicale de Paris*, 1836, p. 504.

Digitized by Google

sido solo con el objeto de llamar sobre este asunto la atencion de los observadores. Me limitaré pues á indicar los principales medios propuestos por los autores.

Casi siempre se han puesto en uso la *sangría*, las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas*, á cuyos medios siguen los *antiespasmódicos*, tales como *el agua de laurel real*, el *almizcle* y el *cianuro de zinc.*

Tambien se han empleado con frecuencia los *vejigatorios* y las *fricciones mercuriales.*

Graf (1) é Hirsch han aconsejado *destetar* al niño y ponerle á una dieta muy rigurosa. Por último, se ha recurrido á los *mercuriales*, al *iodo*, á las *preparaciones de oro*, al *carbon animal* al *estracto de cicuta*, etc., etc.

¡Allan Burns (2) ha llegado hasta proponer la estirpacion de la glándula afectada! Aun cuando esta operacion fuese posible, ¿cómo practicarla cuando el diagnóstico es necesariamente incierto, cuando hay tantos motivos para creer que el aumento de volúmen del timo no es la principal causa de los síntomas, y cuando ni aun se sabe si el órgano está realmente hipertrofiado?

CAPITULO IV.

ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS.

Llegamos ya á ocuparnos de afecciones mejor estudiadas y con mayor éxito que las que hasta ahora hemos descrito. Aqui vamos á recoger los frutos del admirable descubrimiento de Laennec y á aprovecharnos de los preciosos trabajos que se han emprendido en estos últimos años; por consiguiente tendremos menos cuestiones oscuras que discutir, menos esplicaciones que presentar, y podremos trazar con mas prontitud la historia de cada enfermedad.

Los bronquios estan espuestos á afecciones frecuentes y algunas de ellas sumamente graves. En contacto directo con el ai-

(1) *Ueber Asth. thym.*
(2) *Observ. on the surg. anat. of the head and neck;* Edinb., 1811.

Digitized by Google

re esterior, estos tubos sufren mas que todas las demas partes del aparato respiratorio contenidas en el pecho, la influencia de las variaciones atmósfericas, y efectuándose la hematosis en sus últimas ramificaciones, esta funcion se altera mas ó menos cuando los bronquios estan gravemente afectados. Las enfermedades que en ellos se desarrollan tienen gran tendencia á perpetuarse si se las descuida; y por último, las flegmasias que padecen con tanta frecuencia predisponen á inflamaciones mas profundas. ¡Cuántos motivos para estudiar con el mayor cuidado todas sus afecciones!

Me propongo seguir en este capítulo el mismo órden que en el primero, y describiré sucesivamente: 1.° la *hemotisis;* 2.° la *bronquitis aguda simple*, que comprende la *bronquitis capilar general* ó sufocante; 3.° la *bronquitis crónica simple;* 4.° la *bronquitis seudomembranosa;* 5.° la *dilatacion* y la *estrechez de los bronquios*, y 6.° el *enfisema pulmonar.*

No trataré aqui de la *bronquitis ulcerosa*, porque es una enfermedad que solo se la conoce en el estado de complicacion. En cuanto al enfisema pulmonar le he clasificado entre las enfermedades de los bronquios, porque aun cuando el tejido vesicular intermedio presenta á menudo una alteracion manifiesta, aunque se le halle engrosado, rasgado, y que el aire haya podido penetrar por debajo de la pleura, es evidente que la enfermedad empieza por las estremidades de los bronquios, por las vesículas.

Por otra parte considero á estas cuestiones de un interés secundario para el práctico, y asi me apresuro á entrar en las descripciones de las enfermedades que acabo de enumerar.

ARTICULO I.

HEMOTISIS.

En el mayor número de casos la hemotisis es tan solo un síntoma de una enfermedad mas ó menos grave, y asi es que si no me hubiese reservado el derecho de modificar en ciertas circunstancias las reglas que me he trazado, solo tendria que hablar en este artículo de los casos raros en que la hemorra-

Digitized by Google

gia bronquial constituye por sí sola toda la enfermedad, de cuando es *esencial*, para servirme de la voz generalmente admitida. Pero bastarán algunas reflexiones para conocer cuán vicioso seria este modo de considerar la afeccion que nos ocupa. 1.° La hemotisis sintomática puede ser tan abundante que comprometa la vida y exija prontos socorros; 2.° aun cuando por su abundancia no amenace comprometer la existencia, puede alarmar por su constancia y frecuentes recidivas; y 3.° constituye un accidente siempre imponente para el enfermo que se apresura á reclamar los auxilios de la ciencia. De todo lo cual resulta que la hemotisis, aunque simple síntoma, requiere por lo comun ser tratada como una enfermedad real, lo cual es tan cierto, que no es raro que haya que emplear para contenerla medios que pueden considerarse como contrarios á la afeccion de que solo es un síntoma.

Asi pues la hemotisis, cualquiera que sea su causa, es casi siempre para el práctico un accidente que necesita pronto reconocer, apreciar y combatir, lo cual basta á convencernos de cuánto importa estudiar con el mayor cuidado sus diversas especies en un solo artículo, donde puedan fácilmente compararse unas con otras. La necesidad de hacerlo asi ha sido conocida de todos los autores, puesto que en todos los tratados de patologia hay un artículo importante destinado esclusivamente á la hemotisis.

Esta hemorragia ha sido estudiada desde la mas remota antigüedad, y sería inútil citar los nombres de todos los médicos que de ella se han ocupado desde Hipócrates hasta nuestros dias. Tomaré pues para la redaccion de este artículo un gran número de datos de aquellos autores, tanto antiguos como modernos, que nos han legado alguna cosa útil acerca de su historia, y particularmente respecto á su diagnóstico y á su método curativo.

Se ha dividido la hemotisis en un número mayor ó menor de especies, segun el punto de vista desde donde los diversos autores la han considerado. Primeramente, como todas las demás hemorragias, se ha distinguido la hemotisis en *activa* y *pasiva*, y confieso que al consultar las observaciones no he hallado razones suficientes para admitir esta division, porque siempre he visto los signos precursores ó concomitantes que

Digitized by Google

corresponden á la hemotisis activa en los casos mas variados, lo mismo en las esenciales que en las que dependian de una lesion de los pulmones y del corazon, y asi en las que reemplazaban á un flujo sanguíneo como en todas las demás. Creo pues que debo imitar á Chomel y Reinaud (1) que no han hecho caso de estos signos equívocos.

Se ha admitido una hemotisis *esencial* y otra *sintomática*. La primera, que no se halla ligada á ninguna lesion anatómica apreciable, es rara, pero hay hechos auténticos que comprueban su existencia. Esta hemotisis *esencial* comprende el esputo de sangre *suplementario* de otro flujo sanguíneo, y el que sobreviene á veces cuando se sube á las altas montañas. La segunda especie es la mas frecuente y depende de la presencia de tubérculos en el pulmon, de una afeccion del corazon ó de la rotura de un aneurisma. Volveremos á ocuparnos de esto al estudiar las causas.

No es ciertamente inútil para el práctico el conocer estas divisiones, porque cada especie de hemotisis puede tener en ciertos casos una gravedad particular y exigir medios apropiados. Pero en general en la práctica se presentan pocas ocasiones de atender á estas distinciones, porque la abundancia y la intensidad de la hemorragia son casi siempre las únicas que dirigen el método curativo. Asi solo haré mencion de ellas en cuanto á lo que ofrezca un interés verdadero.

Se han propuesto tambien otras muchas divisiones. Sauvages en su clase IX (2) cuenta diez y siete especies de hemotisis, fundando sus diferencias unas veces en las circunstancias en que aparece la pérdida de sangre, otras en su curso y algunas en la enfermedad á que complica. Asi hallamos hemotisis *accidental*, *habitual*, *escorbútica*, *variolosa*, *tísica*, *tuberculosa*, etc., etc. Stoll (3) ha trazado una division algo diferente, pero no mejor fundada, en la cual se hallan la hemotisis *inflamatoria*, *pituitosa*, y sobre todo la *biliosa*, de que tanto se ha hablado. Finalmente, para demostrar hasta qué punto se han llevado las divisiones, voy á indicar la de José Frank, que es una de las mas completas. Este autor, dividiendo

(1) *Dict. de médecine.*, t. XV, art. HEMOTISIS.
(2) *Nosolog. methodica*, *Fluxus;* ordo I, *Sanguifluxus.*
(3) *Rat. med.*, parte III, p. 10 y siguientes; Paris, 1787.

Digitized by Google

la hemotisis, á la cual da el nombre de *neumorragia*, en sintomática y primitiva, coloca en la primera clase la neumorragia de las enfermedades agudas: fiebres intermitentes, catarrales, peste, viruelas, pulmonía y carditis; y la de las enfermedades crónicas: tisis, hidrotorax, arcitis, coqueluche y diversas afecciones del corazon y de los grandes vasos. Despues en su segunda clase hace entrar las hemorragias *traumáticas, inflamatorias*, *reumáticas*, *gástricas*, *espasmódicas*, *artríticas, escorbúticas* y *atónicas*. En estas divisiones las menores circunstancias sirven para establecer especies particulares. Creo pues que de todas las especies de neumorragia primitiva no se debe conservar mas que la traumática.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Es hemotisis, segun la etimología de esta palabra, *todo esputo de sangre;* pero se ha suscitado la cuestion de si debian comprenderse bajo esta denominacion los esputos ligeramente sanguinolentos de la pulmonía y de algunas otras enfermedades. Sin entrar en una discusion para nosotros ociosa, y considerando la cuestion tan solo bajo el punto de vista de utilidad práctica, diremos que solo vamos á tratar en este artículo de la hemotisis que ofrece por sí misma cierta gravedad, y que por consiguiente escluiremos de él todo esputo sanguinolento que no es absolutamente mas que un síntoma.

Esta hemorragia ha sido descrita por muchos autores con los nombres de *hemoptoe, hemorragia del pulmon*, *esputo ó vómito de sangre, neumorragia*, *neumonorragia, neumohemorragia*, etc. Mas no todas estas denominaciones son sinónimas de hemotisis, puesto que esta comprende los esputos de sangre que proceden de la laringe, de la tráquea y de los pulmones. A fin de poner un poco de órden en esta parte de la patologia, se ha propuesto conservar el nombre de hemotisis al esputo de sangre en general, y describir con los de *laringorragia*, *traoqueorragia* y *neumorragia*, las hemorragias procedentes de los diversos puntos de las vias respiratorias. Por mi parte me limito á indicar esta division como la mas lógica y rigurosa, pero no la

Digitized by Google

seguiré, en razon á que son tan raras las hemorragias de la laringe y de la tráquea, que en realidad no merecen una descripcion particular.

Despues de la epistaxis, la hemotisis es la mas *frecuente* de todas las hemorragias, lo cual se concibe fácilmente al considerar que es un síntoma muy comun de una de las enfermedades mas comunes, de la tisis pulmonar.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Edad. Todo el mundo sabe que la hemotisis es casi peculiar de la juventud. Los niños apenas la padecen y es un poco mas frecuente en los ancianos. La edad en que mas comunmente se presenta es entre los quince y los treinta y cinco años, y su máximum de frecuencia se halla entre los veinte y los treinta, lo cual ya debia preveerse de antemano, puesto que esta época de la vida es en la que mas ordinariamente se desarrolla la tisis pulmonar. El doctor Walshe (1) ha demostrado que la frecuencia de la hemotisis se hace cada vez mayor á medida que va avanzando la edad.

Sexo. No se ha averiguado con bastante detencion cuál es el sexo que se halla mas espuesto á esta hemorragia considerada de un modo general: sin embargo, nos inclinamos á admitir, contra la opinion de J. Frank, que es el sexo femenino, puesto que las mugeres padecen mas la tisis que los hombres, y que la supresion de las reglas puede dar origen á la hemotisis. Relativamente á la hemotisis de los tísicos en particular no puede haber ninguna duda respecto á este punto, porque Louis (2) ha demostrado la mayor frecuencia de esta hemorragia en las mugeres, en la proporcion de 3 á 2. Debo, no obstante, decir que en los casos observados por Walshe, la hemotisis, aunque algo mas frecuente en las mugeres, lo ha sido en una proporcion tan pequeña, que bien puede creerse como simple efecto de la casualidad.

(1) *Rapp. sur la phthis. pulm. obs. á l' hôp. pour les phthis. á Brompton*. Londres, 1848.

(2) *Rech. anat.-path. sur la phthisie*, 2.ª edicion; Paris, 1843, p. 201.

Digitized by Google

Constitucion. Desde muy antiguo se considera como predisposicion á la hemotisis una constitucion delicada, caracterizada por la palidez de la cara, con una ligera coloracion de las mejillas, el pecho estrecho, el cuello largo, etc. ¿Quién no conoce que estos son los mismos caracteres constitucionales que los autores atribuyen á los tísicos? Asi pues, se ha mirado al síntoma como causa predisponente de la enfermedad. Lo mismo sucede respecto á las cloróticas y á los que padecen escorbuto. Parece que los sugetos que tienen un temperamento sanguíneo, pletórico, la piel fina y colorada y el pulso lleno estan mas predispuestos que los demas á la hemotisis esencial.

Desde hace mucho tiempo se admite la *herencia* de esta hemorragia; pero donde tambien debe buscarse esta predisposicion hereditaria es en la enfermedad que principalmente la produce, en la tisis.

Segun algunos autores pueden las *bebidas alcohólicas* y un *régimen sustancioso y escitante*, bien sea á falta de otras causas predisponentes, bien en union con ellas, colocar á los sugetos en condiciones favorables para producir la broncorragia. Fernelio (1) insiste en estas causas.

La accion de *cantar*, de *declamar*, de *hablar en voz alta* y de *gritar*, cuando se repite muy á menudo, ha sido considerada tambien como una causa predisponente de la hemotisis; pero este hecho dista mucho de estar demostrado, y bien puede creerse que estas causas obran casi siempre, si no lo hacen constantemente, como causas determinantes.

La *supresion de un flujo sanguíneo* y la *omision de una sangría habitual*, lo mismo pueden colocarse entre las causas predisponentes que entre las ocasionales. Los autores citan un número bastante considerable de casos en los cuales estas causas han obrado de un modo evidente. Relativamente á la omision de la sangría, refiere F. Hoffmann (2) una observacion sumamente notable, en la que han seguido á la primera omision unas hemorroides húmedas, y á la segunda una hemotisis abundante. En cuanto á la *supresion de los menstruos* es la causa

(1) *Univ. med. pathol.*, lib. V, cap. XI, p. 469; Colon. Allobr., 1679.
(2) *Op. omn.*, *De flux. sang. ex pulm.*, obs. VIII.

Digitized by Google

mas frecuente de la hemotisis suplementaria. Generalmente se cree que los sugetos que han padecido en su infancia epistaxis frecuentes, estan espuestos en su juventud á la hemotisis; pero asi respecto á este punto como á otros muchos carecemos todavía de datos bien exactos.

Se ha observado algunas veces la aparicion de la hemorragia pulmonar en las *afecciones orgánicas del corazon*. Tambien se ha visto con mucha frecuencia los *aneurismas de la aorta* que terminan por hemotisis ordinariamente fulminantes. Respecto al esputo de sangre de las enfermedades agudas, y sobre todo de la *pulmonía*, esputo que algunos autores llaman mas particularmente *inflamatorio*, no debe ocuparnos en este artículo, lo mismo que el que acompaña á veces á la *apoplegía pulmonar*, y que estudiaremos mas detenidamente al tratar de esta enfermedad.

La hemotisis puede presentarse en todas las *estaciones* del año, pero en la primavera y al empezar los calores es cuando se han observado mayor número de casos. Walshe (*lug. cit.*) ha notado que las estaciones tienen al parecer poca influencia en la produccion de la primera hemotisis.

A cuanto queda dicho en este párrafo es aplicable una reflexion general: casi ninguna de las aserciones que preceden, tomadas de los autores mas acreditados, se apoya en datos exactos y tiene por consiguiente una precision real. Asi pues, debo aprovechar esta ocasion de recomendar á los observadores este asunto de tanta importancia, en que tan interesados se hallan el diagnóstico, el pronóstico y el método curativo y profiláctico de la hemotisis, y ya se concibe cuánto ganaria la medicina con un estudio riguroso de tan grave hemorragia.

¿Qué deberé, pues, decir de otras causas predisponentes que los autores se han limitado á indicar sin aducir pruebas? ¿Cómo admitir la influencia de la *vida sedentaria*, del *paso* repentino de una vida activa á un reposo absoluto, del *vicio raquítico*, etc., sin un estudio profundo de todas las demás causas que han podido obrar sobre los sugetos sometidos á estas diversas influencias? Otro tanto digo de la *compresion habitual* hecha sobre el vientre, y hasta de la dificultad que opone á la respiracion una *hidropesía ascitis*, aun cuando Stoll ha citado

Digitized by Google

de ella ejemplos notables (1); porque para los que lean con detencion las observaciones, dista mucho de estar demostrada la existencia de una afeccion del corazon, causa á la vez de la hidropesía y del esputo sanguíneo.

2.º Causas ocasionales.

Aun cuando la historia de las causas ocasionales de la hemotisis deja todavía mucho que desear, es indudable que la conocemos mejor que la de las predisponentes, y que se han apreciado con mas facilidad y mayor cuidado las circunstancias simples, pero notables, que dan orígen á una hemorragia siempre alarmante y temibles en alguna ocasiones.

Sucede bastante á menudo que en individuos predispuestos y que han padecido hemotisis mas ó menos frecuentes, se reproduce esta hemorragia sin que sea posible apreciar la causa; pero sucede tambien otras veces que asi en estos sugetos como en los que todavía no han tenido ninguna hemotisis, hay alguna circunstancia particular que se refiere á la aparicion del esputo de sangre. La primera que se ha notado ha sido los grandes *esfuerzos de la voz*, como el canto, los gritos, el leer en voz alta y por mucho tiempo, etc.

Ludwig (2) ha visto aparecer esta hemorragia despues de un *ejercicio inmoderado*, de la *accion de saltar*, etc. Stahl (3) considera como una causa poderosa el *contener el aliento* cuando se levanta un peso ó se hace cualquiera otro esfuerzo de este género. Louis ha observado casos (*lug. cit.*, pág. 204) en que una *exacerbacion de la tos* ha sido el preludio del esputo de sangre. ¿Pero esta exacerbacion era causa ó efecto?

En general se puede decir que todo acto que aumenta la rapidez de la circulacion, y sobre todo, que ocasiona una congestion hácia los pulmones, es una causa determinante de la hemotisis, y asi se la ha visto aparecer en el *acto del coito*, durante una *carrera*, al tocar un *instrumento de viento*, etc.

Las *emociones violentas* han bastado muchas veces para pro-

(1) *Ratio med., De hæm. hidrop.*, pars. III, p. 10. Parisiis, 1787.
(2) *Adversar. med. pract.*, Lips., 1769, t. I, p. 145.
(3) *Theor. med. path.*, part. II, secc. I, De Hæmoptys.; Halæ., 1737.

Digitized by Google

vocar la aparicion ó la repreduccion de la broncorragia, de lo cual cita Polisio un ejemplo sumamente notable (1). Una jóven que no habia aun presentado ningun signo de enfermedad pulmonar, al ver á su padre atacado de repente de una hemotisis intensa, se asustó de tal modo que aquella misma tarde tuvo ya ella tambien una hemotisis que se reprodujo á menudo, y al cabo de cierto tiempo padre é hija murieron tísicos. En este hecho hallamos una causa ocasional y otra predisponente: la emocion moral y la disposicion hereditaria.

Hay tambien otras causas cuya accion es mas directa; la *inspiracion de vapores irritantes*, como el del ácido sulfuroso, los *golpes violentos* en el pecho y la introduccion de *cuerpos estraños* en los bronquios. En cuanto á las *heridas* del pecho, es cierto que pueden producir la hemotisis, pero en ciertos casos no es la hemorragia bronquial la que llama principalmente la atencion del médico.

No haré mencion de otras causas, aun cuando es todavía muy considerable el número de las que han indicado los autores. En efecto, ¿cómo admitir que la *supresion del sudor de los pies*, una especie de *infarto gástrico* (Stoll), la presencia de *lombrices* en el conducto intestinal, y el *contagio* den orígen á la hemotisis, cuando solo se citan algunos casos aislados en que muy bien puede haber tan solo una simple coincidencia? Porque un jurisconsulto tenia una hemotisis cada vez que comia miel, J. Frank coloca el uso de la miel en el número de las causas escitantes de esta hemorragia. Asi del efecto raro de una idiosincrasia mas rara todavía, se quiere deducir una regla general (*). Hartz (2) cree en la existencia de una *irritabilidad particular* y de un *estado espasmódico* de los *vasos* de los pulmones. Se han tenido tambien como hemotisis los esputos de sangre que resultan de la introduccion de una sanguijuela en el istmo del paladar, como se nota particularmente en un trabajo de Trolliet (3); pero esto es una equivocacion, porque lo que ha habido en estos casos ha

(1) *Miscell. nat. curios.*, dec. II, año IV, obs. XLV.

(2) *Bibl. germanique médico-chirurg.*, t. VI, p. 440, año XI.

(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*; 1847.

(*) No es exacto este juicio del autor, pues basta leer cualquier artículo de la obra de J. Frank para convencerse de que no hay tal tendencia á deducir reglas generales de casos particulares. (NOTA DE LOS TRADUCTORES.)

Digitized by Google

sido una hemorragia de la faringe ó del esófago, pero no una verdadera hemotisis.

No multiplicaré ya mas estas citas, y terminaré haciendo nuevos votos á que un observador habil y concienzudo dirija sus investigaciones hácia la etiología de la hemotisis, objeto bastante digno de llamar la atencion del médico.

§. III.

SÍNTOMAS.

Carecemos de un número bastante considerable de hechos que pudieran darnos á conocer exactamente los síntomas de la hemotisis, y los únicos materiales de que podemos valernos estan reducidos á algunas observaciones, casi todas muy incompletas, y á descripciones generales.

Síntomas precursores. No siempre existen, y sobre todo faltan con mas frecuencia en la hemotisis de mediana intensidad. En efecto, el primer síntoma en estos casos es el arrojar sangre por la boca. Tal vez un interrogatorio mas detenido que el que generalmente se hace, daria por resultado que fuesen menos frecuentes los casos en que esta hemorragia se presenta, por decirlo asi, de improviso.

Los síntomas precursores varían un poco, segun que la hemorragia debe ser abundante ó moderada. En el primer caso se han observado escalofrios, frio en las estremidades, alternativas de palidez y rubicundez de la cara, una sensacion de laxitud de calor y de peso en el pecho, y á veces hasta un dolor sordo y lancinante, principalmente entre los hombros. Borsieri (1) dice que ha observado repetidas veces estos últimos fenómenos; pero ¿no serian síntomas de la tisis pulmonar preexistente? El pulso acelerado, que notó principalmente Ludwig *(lug. cit.)*, debe colocarse tambien entre estos síntomas, cuya mayor parte apenas se presentan á no ser en los casos de hemotisis muy abundante.

Cuando es menos la abundancia de la hemorragia, sin dejar por eso de ser notable, los síntomas precursores están limitados

(1) *Instit. med. pract. De cruent. expuit.*, t. IV, cap. II, Lips 1798.

Digitized by Google

á la tension y pesadez en el pecho, á una dificultad mayor de respirar y á alteraciones ligeras en el ejercicio de esta funcion.

Finalmente, cuando la *hemorragia* es *ligera*, los síntomas precursores que anuncian con bastante frecuencia el esputo de sangre, sobre todo en los que ya han padecido varias veces este accidente, son: una ligera disnea, sensacion de cosquilloo detrás del esternon ó en la tráquea, una tosecilla seca, sabor salado ó dulzaino en la boca, algo de malestar y alternativas de calor y de frio. Louis ha observado rara vez en los casos que se le han presentado, ardor, dolores en el pecho y aumento de la calentura (*lug. cit.* pág. 210). La presencia ó la falta de estos síntomas, que en seguida acompañan por mas ó menos tiempo á la hemorragia, han servido principalmente de base á la division de la hemotisis en *activa* y *pasiva*.

A estos síntomas precursores debemos añadir la cefalalgia, las palpitaciones y la trasparencia de las orinas, fenómenos que se han presentado algunas veces, pero que tienen mucha menos importancia que los anteriores.

Síntomas durante la hemorragia. La espectoracion sanguínea merece estudiarse con gran cuidado y en sus menores detalles, porque importa mucho que el práctico conozca su abundancia, las cualidades físicas de la sangre espectorada y el modo de salir esta, para que le sirva de guia en el diagnóstico, en el pronóstico y en el tratamiento.

Despues que los síntomas precursores han durado algunas horas ó varios dias, ó han faltado completamente, aparece la hemorragia, cuyos síntomas varían segun ciertas circunstancias. Ordinariamente sigue á un esfuerzo de tos la espulsion de los primeros esputos cruentos. Cuando la hemotisis es muy abundante, la sangre que afluye á la faringe ocasiona *esfuerzos de vómito*, que han hecho creer bastante á menudo que la sangre era realmente vomitada. En algunos casos falta la tos, y la sangre sale entonces por una simple espuicion, y principalmente en estas circunstancias es cuando su aparicion constituye el primer indicio de la enfermedad.

La *intensidad* de la hemorragia varía tambien mucho segun los casos: algunas veces sale la sangre con tanto ímpetu que sale á chorros, no tan solo por la boca sino tambien por la nariz, circunstancia importante para el diagnóstico, y que Bor-

Digitized by Google

sieri (*lug. cit.*) observó con cuidado. Estos casos por fortuna son raros, y solo se presentan á consecuencia de la rotura de un aneurisma en la tráquea ó en los bronquios: sin embargo, se han citado ya varios ejemplos de tan imponente hemorragia procedente tan solo de una simple exhalacion en la superficie de los bronquios, y yo la he observado una vez en el hospital de San Antonio en una muger que solo tenia algunos tubérculos pulmonares en estado de crudeza, y en la que fue la hemorragia tan violenta, que habiendo acudido casi en el acto mismo, la hallé ya muerta y casi desangrada. Lo mas comun es que salga la sangre con menos ímpetu, y cada esfuerzo mas ó menos repetido de tos dé origen á la salida de una cantidad moderada. Finalmente, hay casos en que salen los esputos muy teñidos ó mezclados con sangre, lo cual puede observarse aun dependiendo la hemorragia de la abertura de un aneurisma en la tráquea, sucediendo entonces, segun Chomel y Reynaud (1) «que la sangre solo sale en pequeña cantidad del saco aneurismático al través de los coágulos fibrinosos contenidos en él.» En igualdad de circunstancias se consideran como mas intensas que las demás las hemotisis esenciales producidas por la plétora ó por la supresion de un flujo de sangre y sobre todo de la evacuacion menstrual.

Se han estudiado detenidamente el *color* y el grado de *coagulabilidad* de la sangre, pero principalmente bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial. En cuanto á los signos que estas cualidades de la sangre pueden ofrecer para descubrir la lesion de que proceden, han ocupado menos la atencion de los autoros. Sin embargo, se ha dicho que la sangre sale líquida; encarnada y espumosa en las hemotisis activas (arteriales de algunos), y negra, sin mezcla de aire y en coágulos en las hemorragias pasivas (ó venosas). Si se examinan con cuidado las observaciones, se verá que la única causa constante de estas diversas cualidades físicas de la sangre es la mayor ó menor abundancia de la hemotisis, y la mas ó menos pronta espectoracion del líquido. Cuando la sangre sale en abundancia, pronto, y despues de haber chocado con el aire en los esfuerzos de la tos, es roja y espumosa: si por el contrario se va acumulan-

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, art. Hemotisie.

Digitized by Google

do lentamente en los bronquios y sale en corta cantidad, por un simple esfuerzo de tos ó únicamente por espuicion, puede ser negra y presentarse en coágulos y sin burbujas de aire. La *coagulabilidad* solo merece realmente notarse cuando la sangre ha salido líquida, y entonces se observa que en los sugetos pletóricos, y principalmente en los casos de hemorragia esencial suplementaria, se forma pronto un coágulo voluminoso y consistente. Si por el cantrario el individuo está débil, anémico ó escorbútico, la sangre permanece mas ó menos líquida, bien porque sus elementos se hallen sn estado de disolucion, bien porque predomine el suero. Cuando la hemorragia ha durado por mucho tiempo y los sugetos se hallan muy debilitados, la sangre, haciéndose serosa, permanece líquida en gran parte, aun en aquellos casos en que al principio habia presentado una gran coagulabilidad.

La *abundancia* de la espectoracion sanguínea puede variar mucho y presentar los mas diversos grados. J. Frank ha reunido cierto número de casos de hemotisis muy abundante en que la cantidad de sangre arrojada en tres horas ha llegado á 14 kilógramos (28 libras); la mas abundante que ha observado por sí mismo ha sido de 6 kilógramos (12 libras) en las veinticuatro horas. En la muger cuya observacion he citado y que ha muerto en pocos instantes, la pérdida de sangre habia sido sumamente considerable. La hemorragia que depende de la rotura de un aneurisma es ordinariamente muy abundante. Pero lo que impide muchas veces que la hemorragia se haga escesiva es que en un número bastante considerable de casos graves, se ingurgitan pronto los bronquios y hasta el mismo tejido pulmonar, y sobrevienen síntomas de asfixia que hace que se acelere la muerte: mas por fortuna estos casos son los mas raros. Se considera ya que una hemotisis es grave por sí misma cuando la cantidad de sangre arrojada llega á medio kilógramo (una libra). Valshe *(lug. cit.)* ha notado que la primera hemotisis es generalmente mas abundante que las siguientes.

El *asiento* de la hemorragia es casi siempre la membrana mucosa de los bronquios; pero ya hemos dicho antes de ahora que todos los autores admiten una hemotisis procedente de la laringe (*laringorragia*), y otra que tiene su orígen en la tráquea (*traqueorragia*); mas los casos de una y otra son tan sumamen-

Digitized by Google

te raros que es muy difícil hallar un solo ejemplo bien auténtico. No es decir esto que neguemos la posibilidad de estas hemorragias mucosas, sino que solo hallamos en cuanto se ha publicado descripciones generales sin un hecho que las apoye, y esto hasta en los mismos autores que citan mayor número de observaciones; de todo lo cual deducimos que los casos de este género, si es que hay alguno incontestable, no pasan de raras escepciones.

Algunos autores han creido que se podia conocer hasta qué vasos eran los que daban la sangre espectorada. Ya Goltz, á quien cita J. Frank, habia establecido esta distincion, que ha reproducido recientemente Graves (1), y que se funda en las cualidades físicas de la sangre espectorada. Ya volveremos á ocuparnos de este asunto al tratar del diagnóstico.

Mientras que la espectoracion sanguínea se efectúa con mas ó menos abundancia, se notan *síntomas* graves en la cavidad del pecho. La *tos* es contínua y repite por golpes que activan la hemorragia. La *disnea*, de tanta importancia para el diagnóstico y acerca de la cual ha insistido con razon Borsieri, suele hacer considerables progresos, y hasta cuando la hemorragia es muy abundante, se presentan á veces signos de asfixia. Los enfermos acusan tambien *dolores* en el pecho, pero por lo comun estos disminuyen cuando empiezan á arrojar sangre, y solo les queda una sensacion de peso y de plenitud.

En estos últimos años se ha aplicado la *auscultacion* al estudio de la hemotisis, y por este medio han podido percibirse burbujas mas ó menos numerosas, húmedas, y la mayor parte estensas, que presentan todas las variedades del *estertor subcrepitante*, ya en los dos lados del pecho, ya en un punto circunscrito, segun que el asiento de la hemorragia ocupe mas ó menos estension. En cuanto á la *percusion*, no ofrece ningun signo cuando la hemorragia es simple; pero cuando á esta afeccion acompaña una apoplegía pulmonar ó llámese hemorragia intersticial de algunos autores, se puede percibir un sonido á macizo circunscrito en un punto del pecho.

Sucede con bastante frecuencia que el mismo enfermo per-

(1) *System of clinical medicine*, estractado en los *Arch. de méd.*, t. III, 2.ª serie, p. 640, 1833.

Digitized by Google

cibe estos ruidos que se efectúan en los bronquios gruesos, y los cuales se comparan unas veces á un hervidero y otras á una decrepitacion. Borsieri habia notado detenidamente este fenómeno, bien porque hubiese percibido á cierta distancia el ruido *(strepitus)* que se produce en la parte inferior de la tráquea, ó bien porque tuviese noticia de su existencia por la declaracion de los enfermos.

En los sugetos que solo padecen una hemotisis ligera, no persisten por mucho tiempo los síntomas generales anteriormente indicados, sobre todo si el médico ha venido con su presencia á tranquilizar la imaginacion del enfermo. Pero si la hemotisis es muy abundante, aparecen además otros síntomas aun mas graves. Se pone la cara pálida, se enfrian las estremidades, y todo el cuerpo se cubre de un sudor frio; se hace imperiosa la necesidad de respirar con libertad, y parece insuficiente la respiracion entrecortada. El pulso se va haciendo pequeño, frecuente é irregular; no tardan en manifestarse síncopes mas ó menos prolongados y convulsiones violentas (Ludwig), y á veces, especialmente cuando hay vastos focos de apoplegía pulmonar, se manifiestan los síntomas de la asfixia y sucumbe el enfermo. Son pues estos síntomas, como acabamos de ver, los de las grandes hemorragias, unidos á los fenómenos nerviosos que escita un accidente generalmente temido por todos.

En algunos sugetos, y al mismo tiempo que se manifiesta la hemotisis, se presentan equímosis en diversas partes, y hasta otras hemorragias por las demás aberturas del cuello. Estos casos deben colocarse entre los que han recibido el nombre de *hemorragias constitucionales*, y de que ya hemos hablado en el artículo *epistaxis*.

Si la pérdida de sangre ha sido abundante, pueden continuar aun despues de haber cesado la hemotisis, la languidez, el color pálido de la cara, la debilidad, y en una palabra, los signos de la *anemia*. Pero es preciso no considerar, con un gran número de autores de los siglos pasados, como un resultado de la hemotisis el enflaquecimiento y la demacracion, que son debidos tan solo á la tisis pulmonar.

Digitized by Google

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

No hay nada fijo ni regular en el curso de la hemotisis, y asi se observan sugetos que padecen por espacio de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas una hemorragia bronquial abundante, que no se reproduce hasta pasados algunos meses y aun uno ó mas años, lo cual sin embargo es raro; otros que arrojan durante muchos dias seguidos y aun algunas semanas un poco de sangre por la boca, á diversas horas del dia, y otros que sufren una hemotisis casi todas las mañanas. Cuando esta hemorragia es suplementaria, aparece ordinariamente en una época mas ó menos próxima á aquella que se presentaba el flujo sanguíneo al cual sustituye, y por esta razon es ordinariamente periódica cuando resulta de la supresion de la menstruacion. Finalmente, se han citado casos de hemotisis *intermitentes,* y no hace mucho tiempo que el doctor Mazade (1) ha referido un ejemplo notable en que parece que ha cedido la enfermedad á la administracion del sulfato de quinina; esta afeccion repetia todos los dias á eso de las diez de la mañana. Fantonetti (2) ha citado tambien dos casos semejantes. No obstante, si se atiende á la intermitencia natural de esta enfermedad, aun cuando sea ordinariamente irregular, y sobre todo á la aprension del enfermo que puede ser una causa ocasional y poderosa, se conocerá que seria necesario mayor número de observaciones para resolver esta cuestion rodeada hasta ahora de tanta oscuridad.

No es posible limitar la *duracion* de esta enfermedad, que puede prolongarse por meses enteros, reproduciéndose varias veces cada semana. En general es tanto mas corta cuanto mayor es la abundancia de la pérdida de sangre.

La *terminacion* por la muerte, efecto tan solo de la hemotisis, como yo lo he observado, se observa sin embargo muy raras veces: por lo comun depende la terminacion funesta de la rotura de un aneurisma en los bronquios gruesos ó en la tráquea.

(1) *Rev. méd.*, agosto de 1841, p. 228.

(2) *Giorn. per serv. ai progr. della path. e della therap.*, y *Gaz. méd.*, setiembre de 1824.

Digitized by Google

Ordinariamente se disipan los síntomas de la hemotisis al mismo tiempo que adquieren nueva intensidad los de la afeccion de que esta hemorragia es síntoma.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones anatómicas que se hallan en la autopsia de los cadáveres son de dos especies: unas que pertenecen propiamente á la hemorragia, y que son ligeras, y otras que corresponden á las diversas enfermedades de que ha sido la hemotisis durante la vida un síntoma alarmante, y que son muy graves. Las primeras consisten en la decoloracion de los tejidos, si el sugeto ha muerto desangrado; en la ingurgitacion é inyeccion considerable de los pulmones, y en algunos focos de apoplegía pulmonar cuando á la hemorragia de los bronquios acompañó la hemorragia intersticial; en infiltraciones sanguíneas que interesan el tejido celular ó los órganos parenquimatosos cuando ha habido hemorragia constitucional, y finalmente, en una inyeccion de la mucosa de los bronquios y en la presencia en estos órganos de una cantidad mayor ó menor de sangre espumosa ó coagulada. Las lesiones que pertenecen á otras enfermedades son principalmente las que deja en pos de sí la tisis pulmonar, y á veces las que caracterizan las afecciones del corazon y los aneurismas de la aorta. En algunos sugetos se han hallado roturas de abscesos próximos á los pulmones, tumores en el hígado, en el bazo, etc.; pero estos últimos casos son muy raros, y solo tienen muy mediano interés para el práctico.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Todos los autores han conocido la gran importancia del diagnóstico de la hemotisis, y asi no debe estrañarnos el hallar esta parte de la historia de una hemorragia tan grave espuesta con sumo cuidado, aunque con gran divergencia, en todos los tratados de patologia. Por desgracia no se han escrito todos estos artículos con sujecion á los datos que de sí arrojaban las observaciones conocidas, de modo que en la actualidad, modifi-

Digitized by Google

cadas un poco nuestras creencias por investigaciones mejor hechas de anatomía patológica, no siempre es posible comprobar la exactitud de las opiniones de los autores.

Entre los diversos artículos de diagnóstico de la hemotisis que se han publicado, el de Borsieri (1) es sin disputa uno de los mas completos y mas notables, y fue el que, á parte de algunas modificaciones, ha servido de modelo á los autores que han escrito despues de él, y tal vez en nuestra misma época podrá consultársele, y con fruto.

Para mayor claridad, voy á dividir mi trabajo en cierto número de cuestiones, que iré discutiendo sucesivamente.

1.ª *¿Procede la sangre de las vias respiratorias?* Esta cuestion nos conduce á distinguir la hemotisis de las demás hemorragias con las cuales pudiera confundirse.

Ya hemos dicho en el artículo *epistaxis* que esta hemorragia podia presentar en algunos casos circunstancias que pusiesen perplejo al práctico, y por consiguiente no volveré á ocuparme aqui de ella, limitándome á reproducir el diagnóstico diferencial en el cuadro sinóptico. Tan solo añadiré que hay veces, como lo ha observado Chomel despues de Borsieri, que cayendo la sangre en gran abundancia en la faringe, escita una tos, que la mezcla con el aire y la hace espumosa y rutilante. La falta de síntomas torácicos y el exámen de la cámara posterior de la boca y de las fosas nasales, bastarán para disipar todas las dudas.

La sangre arrojada por vómito, *cuando la hemorragia tiene su asiento en el estómago* ó en el esófago, lo que es mucho mas raro, es negra, forma coágulos blandos y á veces difluentes, y no sale por lo comun á consecuencia de un esfuerzo de tos, sino por la contraccion del estómago y del abdomen que produce el vómito. Ordinariamente preceden á la espulsion de la sangre peso en el epigastrio, náuseas y dolores de estómago, y por lo comun tienen los enfermos despues del vómito una ó mas deposiciones negras que contienen sangre. Finalmente, la *hematemesis* en la cual faltan todos los signos pectorales, sobreviene ordinariamente en el curso de enfermedades orgánicas del estómago, cuyos síntomas son á veces bien manifiestos.

(1) Lug. cit., *De cruentâ expuitione et speciatim de hœmoptisi.*

Digitized by Google

Cuando la hemorragia procede de la boca ó de la faringe, un exámen detenido nos da á conocer el punto de donde sale; no obstante, hay casos en que puede no estar al alcance de la vista, como ha sucedido en uno muy curioso que refiere Aulanier (1). Habiendo tragado un sugeto una sanguijuela sumamente pequeña, aumentó luego de volúmen, se fijó en la parte superior del esófago y produjo una hemorragia que no cesó hasta que se logró su espulsion por un esfuerzo de vómito. Es un hecho muy raro, pero que sin embargo no carece de utilidad el conocerle.

2.ª *Cuando la sangre sale por las vias respiratorias ¿se puede conocer si tiene su asiento en ellas ó si procede de un órgano inmediato que la derrame en estas partes?* Apenas será llamado el médico para decidir esta cuestion mas que en los casos de aneurisma de la aorta, y en estos, si la rotura es estensa, no hay tiempo para formar diagnóstico, porque la muerte avanza con rapidez. Pero como ya lo hemos dicho, puede hallarse obstruida la comunicacion del aneurisma con los bronquios, y la hemorragia poco abundante, tener cierta duracion. En estos casos las palpitaciones anteriores, la dificultad de efectuarse la circulacion, su intermitencia, la debilidad del pulso en las arterias radiales, á veces el sonido á macizo del pecho, los latidos intensos ó como ahogados de la aorta, un ruido de fuelle ó de lima en un punto de su trayecto, los dolores locales, y por último, un dolor pulsativo en el vértice del esternon, vienen á ilustrar el diagnóstico diferencial.

3.ª *¿Cuál es el punto de las vias aéreas de donde procede la sangre?* He dicho ya que atendida la poca frecuencia de las hemorragias algo importantes de la laringe y de la tráquea, esta cuestion pierde mucho de su interés. Segun Borsieri, se distinguen la hemorragia *laríngea* y *traqueal* por la tos débil, el prurito de la laringe y de la tráquea, y la facilidad con que sale la sangre simplemente por espuicion; pero ya sabemos que todos estos fenómenos pueden presentarse tambien en la hemorragia bronquial, y asi diremos con Chomel y Reynaud, que solo debe admitirse la hemotisis laríngea y traqueal con reserva y como dudosa.

4.ª *¿Se puede saber si las que dan la sangre son las arterias*

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. X, p. 506.

Digitized by Google

bronquiales ó las últimas ramificaciones de la arteria pulmonar? Ya hemos dicho que algunos autores han creido podian resolver esta cuestion. Goltz todavía iba mas lejos, y creia que se podia distinguir la sangre procedente de las arterias bronquiales de la que sale de la arteria ó de las venas pulmonares, y hasta de la sustancia vesicular del pulmon. Los signos que da, y que consisten en un poco mas ó menos de dolor, la mayor ó menor abundancia de la hemorragia, el color rojo bermejo (arterias bronquiales), escarlata (venas pulmonares), y púrpura negruzco (arteria pulmonar), no han sido considerados, y con razon, como suficientes. El color de la sangre espectorada es tambien el signo mas importante sobre que se funda el doctor Graves, y sin embargo, él mismo reconoce que la sangre de la arteria pulmonar puede ponerse roja cuando está mezclada con el aire, y al contrario, la procedente de las arterias bronquiales hacerse negra por su permanencia en los bronquios. De lo dicho se deduce que en realidad no sabemos cuál es el órden de vasos que produce la hemorragia.

5.ª *Demostrado ya que la sangre procede de las vias respiratorias, ¿se puede conocer si la hemotisis es esencial ó sintomática?* Hé aqui la cuestion que indudablemente importaria mas resolver con seguridad, pero hay casos en que es bastante dificil. Cuando hay una tisis confirmada, una hipertrofia del corazon ya avanzada, ó un aneurisma antiguo de la aorta, se conoce fácilmente la causa orgánica de la hemorragia; pero si faltan los signos evidentes de estas enfermedades, ¿se debe considerar á la broncorragia como esencial? Habrá algunas razones para creerlo asi, cuando la hemorragia pulmonar reemplace á un flujo sanguineo, y sobre todo á la menstruacion, ó cuando sobrevenga despues de la omision de una sangría habitual, si no ha precedido á la hemotisis ningun signo de estenuacion, si el sugeto es fuerte y pletórico, y si despues de la hemorragia se presenta un alivio manifiesto. Sin embargo, distan mucho estos signos de ser positivos; y si bien es cierto que ha habido individuos que en estas circunstancias solo han tenido una hemotisis, al paso que otros las han sufrido con bastante frecuencia, sin que por esto se altere su salud, ¡cuántos no hemos visto en quienes la hemotisis apareció como el indicio de una estenuacion cuyos estragos ya no se pudieron contener!

Digitized by Google

Walshe (*lug. cit.*) ha sentado como principio que el esputo de sangre en personas afectadas de bronquitis crónica, con enfisema ó sin él, pero sin enfermedad notable del corazon, debe hacer temer la existencia de tubérculos latentes, y que en las mugeres que padecen desarreglos en sus menstruaciones hay motivos para sospechar la presencia de tubérculos, cuando se observan hemotisis de mas de una onza de sangre. El mismo autor ha demostrado que las hemotisis frecuentes no disminuyen la duracion de la existencia.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la hemotisis y de la epistaxis, cuando en esta última hemorragia cae la sangre en abundancia en la faringe.*

HEMOTISIS.	EPISTASIS.
Sangre arrojada á *chorros* ó á consecuencia de *esfuerzos de tos*.	Sangre arrojada por *simples esfuerzos de espuicion*, ó despues de una tos ligera.
Sangre ordinariamente *roja y espumosa*.	Sangre ordinariamente *negra* y á menudo en *coágulos*.
No hay vestigios de sangre en las fosas nasales, á no ser en los casos de hemotisis muy abundante.	*Vestigios de sangre* en las fosas nasales.
Síntomas *pulmonares:* dolor, plenitud, calor, disnea, etc.; *signos de tubérculos*.	No hay síntomas pulmonares.

Solo incluyo en este diagnóstico los signos generales, porque ya he indicado las escepciones en el artículo *Epistaxis*, é invito al lector á que no las olvide, porque pueden hacer el diagnóstico sumamente difícil.

2.° *Signos distintivos de la hemotisis y de la hematemesis.*

HEMOTISIS.	HEMATEMESIS.
Sangre *roja* y *espumosa* en el mayor número de casos.	*Sangre negra*, en *coágulos blandos* y á veces *difluentes*.

Digitized by Google

Sangre arrojada á consecuencia de *esfuerzos de tos* mas ó menos considerables.	Sangre arrojada por *vómito*, al que preceden *náuseas*, *peso en el epigastrio*, dolores de estómago, etc.
No se percibe sonido á macizo en la region epigástrica; *estertor subcrepitante* en mayor ó menor estension del pecho.	*Sonido á macizo* en la region epigástrica; *no se percibe estertor crepitante.*
Sangre *pura* ó mezclada con *esputos.*	*Sustancias alimenticias* mezcladas con la sangre.
Deposiciones naturales despues de la hemorragia.	Despues de la hemorragia, deposiciones negras y fétidas, que *contienen sangre.*

3.° *Signos distintivos de la hemorragia bronquial y de la hemorragia laríngea ó traqueal.*

BRONCORRAGIA.	LARINGO Y TRAQUEORRAGIA.
Tos bastante *fuerte.*	*Tos* menos *intensa.*
Espectoracion de sangre, despues de *golpes de tos.*	Sale la sangre por una *simple espuicion.*
Dolor, peso y calor *en el pecho.*	Punzadas en la *laringe* ó en la *tráquea.*

Vuelvo á repetir que este diagnóstico es muy incierto, en atencion á que una hemorragia procedente de los bronquios no presenta muchas veces mas síntomas que los mismos que se han atribuido á la laringorragia.

4.° *Signos distintivos de la hemotisis esencial y de la sintomática.*

HEMOTISIS ESENCIAL.	HEMOTISIS SINTOMÁTICA.
No hay ningun signo de *tisis, aneurisma*, ni otra *afeccion del corazon y de los grandes vasos.*	Hay signos de *tisis, aneurisma*, etc.
Sugeto *fuerte* y *pletórico.*	Sugeto *débil* y de *mala constitucion.*
Pérdida de sangre *sustituyendo á otro flujo* de igual naturaleza y sobre todo á los *menstruos.*	Pérdida de sangre no *suplementaria.*
La hemorragia produce un *alivio* marcado.	Generalmente es *poco* ó *ninguno el alivio* despues de la hemorragia.

Digitized by Google

Tambien debo repetir aqui que hay casos, y por desgracia bastante numerosos, en que colocados los enfermos en las circunstancias al parecer mas favorables, han sido no obstante atacados de la tisis; asi pues el médico no se apresurará á revelar su pronóstico, pues por otra parte hay casos en que es muy difícil formar un juicio.

Pronóstico. La gravedad de la hemotisis ha sido proclamada desde los primeros tiempos de la medicina, y miles de veces se ha citado el aforismo de Hipócrates relativo á este asunto; pero es necesario hacer una distincion entre el peligro de la hemotisis, es decir, de la hemorragia en sí misma y el de la enfermedad de que es síntoma. Por sí misma la hemotisis es peligrosa rara vez, sin embargo de que es preciso no echar en olvido que la pérdida de sangre puede ocasionar la muerte. El pronóstico es muy grave en los casos de *hemorragia constitucional*, con equímosis y estravasaciones sanguíneas en varios órganos, y en los de rotura de un aneurisma en la tráquea.

Considerada como simple síntoma pronóstico la hemotisis, no es poco menos alarmante. Recordemos que Louis solo la ha visto presentarse en el espacio de tres años, en los tuberculosos; no olvidemos tampoco los resultados que ha deducido Valshe del estudio de un gran número de hechos, y convengamos en fin, con los prácticos mas esperimentados de nuestra época, que los casos en que sucede lo contrario son por desgracia sumamente raros.

Antes de que las investigaciones acerca de la tisis hubieran adquirido el grado de precision que tienen en la actualidad, se creia que la hemotisis podia producir la tisis. Morton, y despues de él otros muchos autores, han admitido una especie de tisis que han llamado *phthisis ab hæmoptœ:* en la actualidad por el contrario se considera á la hemotisis como la primera manifestacion esterior de la tisis ya existente. Esta hemotisis presenta frecuentemente en alto grado los caracteres de la llamada esencial, y las condiciones en que aparece son tan sumamente idénticas, que seria temerario formar un pronóstico favorable antes de que un espacio de tiempo bastante largo nos haya dado á conocer bien las consecuencias de este accidente temible.

No obstante, se ha observado cierto número de casos de hemorragia pulmonar que no han tenido consecuencias graves. Nadie lo niega, incluso el mismo Louis, lo cual es un hecho

Digitized by Google

que no debe darse al olvido, á fin de no desesperar sin razon de la curacion del enfermo. Ya dejo indicado cuáles son las circunstancias mas favorables.

Regla general: cuantas mas hemotisis ha padecido un individuo, mas predispuesto se halla á sufrir las recidivas de esta enfermedad.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Despues de lo que queda dicho acerca de la gravedad tan generalmente reconocida de la hemotisis, debe causar poca sorpresa el ver cuánto se han ocupado los autores dé su tratamiento. Se han puesto en práctica y encomiado con mas ó menos entusiasmo una infinidad de medios, y creo inútil añadir que generalmente solo se hallan apoyados en simples aserciones, aun los de los prácticos mas distinguidos. Los hechos que tan útiles serian para resolver un gran número de cuestiones, ó faltan enteramente ó son insuficientes, de modo que hay que reducirse con mucha frecuencia á la esposicion lisa y llana de los diversos métodos de tratamiento mas generalmente adoptados.

No sucede en la hemotisis lo mismo que en la epistaxis, es decir, que no se puede descuidar la hemotisis ligera, y asi es muy comun que llamado el médico para asistir á los que la padecen, absorva toda su atencion el esputo de sangre, cualquiera que sea la enfermedad que le produzca, y que la hemotisis venga á constituir por cierto tiempo la afeccion principal. Como los medios que deben oponerse á la hemotisis ligera no son los mismos que los que exige una broncorragia abundante, será útil presentar por separado el tratamiento que conviene á cada una de ellas.

HEMOTISIS LIGERA. 1.° *Evacuaciones sanguíneas*. Desde los primeros tiempos de la medicina se ha recomendado la *sangría* en esta hemorragia, lo mismo que en todas las demás, y podriamos citar en comprobacion un número inmenso de autores. Fernelio (1) quiere que se emplee con frecuencia la *sangría del bra-*

(1) *Univ. med.: Pathol.*, lib. V, cap. XI, *Hæmopt.*, p. 469; Colon. Allobr., 1679.

Digitized by Google

zo, y manda, como en todos los demás casos, que se sangre con preferencia del lado en que se siente el dolor. Otros médicos, y entre ellos F. Hoffmann, consideran como eficaz la *sangría del pié:* pero ya Borsieri (*lug. cit.*, cap. II, *Curatio*) ha demostrado que es de poca importancia el que se haga la sangría de esta ó la otra parte del cuerpo, y esta opinion es hoy la generalmente admitida. No obstante, diremos que si se quiere hacer una sangría copiosa que produzca en poco tiempo una evacuacion considerable, vale mas abrir la vena del brazo, y que cuando se intenta por medio de la sangría restablecer las reglas suprimidas se prefiere la sangría del pié, sin que los hechos prueben que se haya conseguido alguna vez el objeto que se deseaba.

¿Cuáles deben ser la abundancia y la frecuencia de la sangría? Varían mucho las opiniones. Fernelio y Riverio quieren que se sangre á menudo y que se saque poca cantidad de cada vez. J. Cheyne (1) recomienda sangrías cortas de 150 á 180 gramos (5 á 6 onzas) repetidas cada seis ó siete dias, en las hemotisis que estan acompañadas de un ligero movimiento febril, y F. Hoffmann opina por el contrario, que vale mas hacer una evacuacion abundante. Si consideramos que los efectos de la sangría son muy limitados, segun lo demuestran las observaciones de Louis (*lug. cit.*, pág. 537), y si se atiende á las condiciones desfavorables en que generalmente se hallan los enfermos, deberemos ser muy sóbrios en el uso de este medio, pero si el enfermo fuese robusto y pletórico y pareciese que con las evacuaciones se disminuian los accidentes, entonces seria preciso obrar con mas energía.

En cuanto al valor positivo de la sangría es dificil de apreciar, pero puede decirse, sin embargo, que es muy raro observar que contenga por sí sola la hemotisis, y todo nos induce á colocarla con Wagner (2) entre los medios secundarios, de los cuales, segun este autor, es el principal.

Se han puesto en uso, aunque mas raras veces, las *ventosas escarificadas* y las *sanguijuelas* aplicadas al pecho ó hácia las partes genitales y el ano en los casos de supresion de flujos; pero tampoco es mas fácil apreciar su grado de eficacia. Tam-

(1) *Dubl. hosp. Rep.*, t. V, p. 351. 1830.
(2) En *Haller. disp. ad morb.: De hæmopt.*, etc., t. II, núm. 55; Laus. 1757.

Digitized by Google

bien este es un medio de que el médico no debe hacer uso á no ser en un corto número de casos particulares.

2.° *Ventosas secas, ligaduras de los miembros.* Algunos autores, y entre otros Fernelio y Borsieri, recomiendan las ventosas y las ligaduras de los miembros, y segun el primero deben aplicarse las *ventosas* á los hipocondrios. Este medio solo puede considerarse como un ayudante, y en cuanto á la *ligadura de los miembros* solo es aplicable en los casos de hemotisis muy abundante.

3.° *Vejigatorios, sinapismos y fuentes.* Mertens queria que se aplicase un *vejigatorio* al muslo ó entre las dos escápulas, y en la actualidad se ha abandonado el vejigatorio al muslo y se aplica todavía en algunos casos entre las escápulas, pero no se han citado resultados bien evidentes. Puede reemplazarse con ventaja este tópico irritante con un *gran sinapismo* que podria repetirse varias veces. En cuanto á la *fuente*, que segun Riverio debe abrirse en una pierna, es evidente que se ha empleado contra la enfermedad crónica y no contra la hemotisis. Por último, estos medios solo tienen una accion muy limitada.

4.° *Astringentes.* Se han empleado contra la hemotisis un gran número de medicamentos de esta especie, entre los cuales debo hacer mencion del *zumo de ortiga* por la gran reputacion de eficacia de que ha gozado. Amato Lusitano le prescribe á la dosis de 120 gramos (4 onzas) para tomar por la mañana en ayunas por espacio de cinco ó seis dias, y hasta quiere que los enfermos coman la ortiga cocida y preparada como las espinacas. Dice Borsieri que esta planta era de uso general en la época en que escribia. La que se ha empleado en la hemotisis ha sido *la ortiga mayor* (*urtica dioica*), y no la *menor* (*urtica urens*). En las mismas circunstancias y á igual dosis pueden emplearse los zumos de *llanten*, de *consuelda mayor* y de *yedra terrestre.* En la actualidad han perdido mucho de su reputacion estos medicamentos, aunque no obstante se los administra todavía como ayudantes, mas no se usa por lo comun el zumo de la planta sino que se limitan los prácticos á prescribir la infusion como *bebida usual.*

A estas siguen otras sustancias astringentes mas activas, entre las cuales hallamos un gran número de las que se han

Digitized by Google

empleado contra la epistaxis, y asi encontramos recomendadas para la hemotisis el *bolo arménico* y la *tierra sellada* de que los antiguos hacian tanto uso en las hemorragias, y el *tritóxido de hierro nativo* (piedra hematites), cuyas sustancias apenas se han administrado solas, sino que forman parte de fórmulas mas ó menos complicadas, de que daré algunos ejemplos. No obstante, Alejandro de Tralles (1) prescribia este medicamento en la forma siguiente:

℞ Tritóxido de hierro nativo........ 4 gram. (ʒj)
Zumo de granada................ C. S.

Para darle la consistencia de opiata. Se toma durante las veinticuatro horas.

Foresto ha recomendado tambien la *sandaraca*, mas bien absorvente que astringente, y Pechlen (2) dice que tiene motivos para felicitarse de la administracion de los *ojos de cangrejos*, etc., etc. Se puede aplicar una reflexion general al uso de estas diversas sustancias, y es que siempre se han administrado unidas á otros medios mas ó menos activos, y que por consiguiente es imposible saber cuál es su accion verdadera en vista de las observaciones. Hé aquí algunas fórmulas que las contienen casi todas, con otros muchos medicamentos, y demuestran el modo como se las asociaba unos con otros.

Fernelio recomendaba particularmente la opiata siguiente:

Opiata de Fernelio.

℞ Conserva de consuelda mayor.
Conserva de rosas............ } āā 30 gram. (℥j)
Bolo arménico...............
Tierra sellada............... } āā 4 gram. (ʒj)
Jarabe de rosas.............. C. S.

Hágase una opiata. Se toma con frecuencia una porcion en la boca y se la traga despues.

Sydenham (3) elogia los buenos efectos de un medicamento todavía mas complicado, pues prescribia los polvos siguientes:

(1) *De arte medica*, lib. VII, cap. I.
(2) *Miscell. nat. cur.*, año IX, obs. XXVII.
(3) *Process. integr.*, p. 35.

Digitized by Google

℞ Bolo arménico................		28 gram.	(ʒvij)
Raiz de consuelda mayor pulverizada.....................		8 gram.	(ʒij)
Tierra sellada............	ãã	4 gram.	(ʒj)
Piedra hematites...........			
Sangre de drago...........			
Azúcar.....................		48 gram.	(℥jß)

Mézclense y redúzcanse á polvo fino. Se toman cuatro gramos (1 dracma) por mañana y tarde.

Se toman inmediatamente despues de cada dosis 120 granos (4 onzas) del apocema siguiente:

℞ Hojas de llanten..........	ãã	10 gram.	(ʒijß)
Hojas de zarza...........			
Hojas mil en rama........			
Agua comun.................		2000 gram.	(℔jv)

Se hace hervir durante un cuarto de hora, y se añade:

Jarabe de consuelda mayor... 120 gram. (℥jv)

Mézclese.

Wagner recomienda la *quina*, sin duda alguna como astringente, porque en los casos que cita no hace mencion de la periodicidad que han indicado algunos médicos en ciertas hemotisis. Los medicamentos astringentes mas acreditados en la actualidad contra la hemotisis son: la *ratania*, el *tanino*, y una sustancia recientemente introducida en la materia médica, la *monesia*.

La ratania ha llegado á ser de un uso frecuente desde que el doctor Hurtado (1) la ha recomendado en Francia, y Mailly (2) ha citado cierto número de observaciones de hemotisis, en las que parece que esta sustancia ha producido muy buenos resultados. Sin embargo, no se ha visto en ellas una supresion bastante pronta de la hemorragia, para que el éxito haya sido tan evidente como parece lo cree el autor. En efecto, la hemotisis es como ya hemos dicho una enfermedad que se reproduce despues de cierto intervalo, y que por lo comun no dura mucho tiempo; y asi en el mayor número de

(1) *Obs. sur l' efficacité de la ratanhia*, etc. (*Journ. de méd. de Leroux*, t. XXXVII, 1816.)

(2) *Quelques vues sur le traitement de l' hemoptisie*, Tésis de Paris, 1821, en 4.º

Digitized by Google

casos una observacion superficial podria atribuir al medicamento la suspension del esputo de sangre, que no es mas que un efecto del curso natural de la enfermedad. La primera de las observaciones de Mailly es la mas comprobante. Louis (*lug. cit.*, pág. 537) cita un caso en que á la administracion de la ratania siguió pronto la supresion de la hemotisis. Se han referido otros hechos de este género; pero carecemos hasta ahora de datos suficientes acerca de este punto importante. Ordinariamente se administra la ratania en estracto, bien sea en píldoras, ó bien en un vehículo acuoso. Indicaré las dosis en las prescripciones.

Recientemente el doctor A. Latour ha citado cierto número de casos en que el *tanino* ha logrado contener hemotisis bronquiales rebeldes, habiendo empleado el autor la fórmula siguiente:

℞ Tanino puro.............. 20 centígram. (4 g̃)
Goma arábiga en polvo.... 80 centígram. (16 g̃)
Jarabe simple............. C. S.

Háganse ocho píldoras, de las que se toman cuatro al dia, una cada tres horas. No debe prolongarse esta medicacion pasados dos dias, á no ser en circunstancias particulares que el médico apreciará.

Finalmente, en estos últimos tiempos se ha administrado contra la hemotisis una sustancia vegetal, cuyo orígen se ignora, pero que está dotada de virtudes astringentes muy poderosas, la *monesia* (1); pero creo se necesitan nuevos esperimentos para poder apreciar la eficacia positiva de este medicamento en la enfermedad que nos ocupa. Se la administra bajo diversas formas, pero la mejor es el estracto. Se prescribirán pues:

℞ Estracto de monesia........ } āā 1 gram. (20 g̃)
Conserva de rosas.......... }

Háganse S. A. diez píldoras. Se toman dos cada dos horas durante todo el dia. En los niños se administran cada dia de 45 á 60 gramos (1½ á 2 onzas) de jarabe de monesia, cuya dosis contiene 40 á 60 centígramos (8 á 12 granos) del estracto.

(1) *Exam. chimiq. et méd. du monésia*, par Derosne, Henry et Payen; Paris, 1841.

Digitized by Google

Se puede aplicar una reflexion general al uso de estas diversas sustancias. Si se consideran sus propiedades, el uso que diariamente se hace de ellas y algunos resultados que parecen bastante evidentes, nos inclinamos á creer que tienen cierto grado de eficacia en la hemotisis. ¿Pero cuál es este grado? ¿Bastan estos medicamentos por sí solos para contener la hemorragia, ó se los debe emplear en combinacion con otros? Estas cuestiones son irresolubles en el estado actual de la ciencia, y no dejarán de serlo hasta que despues de haber estudiado de un modo enteramente nuevo el curso y duracion de la hemotisis, se hayan hecho, segun los casos, esperimentos terapéuticos acerca de objetos bien determinados. Queda, pues, á los observadores un importante vacío que llenar.

Se han empleado poco en la hemotisis los astringentes minerales. Roberto Davies (1) cita un caso en que la administracion del acetato de plomo fue seguida de una mejoría pronta y de la desaparicion completa de la hemorragia, por medio de la fórmula siguiente:

℞	Acetato de plomo.............	1,25 gram. (℈j)
	Conserva de rosas......	30 gram. (℥j)

Háganse S. A. seis bolos, de los que se tomará uno cada dos horas.

El doctor Sirus-Pirondi (2) refiere seis observaciones á favor del *acetato de plomo* administrado contra la hemotisis á la dosis de 15 centígramos á 1 gramo y 25 centígramos (de 3 granos á 1 escrúpulo). Algunas veces se presentan dolores en la region epigástrica y umbilical que obligan á suspender el uso de este medicamento, y hasta hubo un sugeto que no ha podido soportar ni la menor dosis.

De una observacion que ha recogido el doctor Loevenhard (3) resulta que una dosis de *polvos de alumbre* contuvo tan pronto una hemotisis que se han presentado síntomas muy graves de sufocacion. Estos casos son sumamente raros, y por esto he creido oportuno darlos á conocer aquí. En estas circunstancias se administra el alumbre del modo siguiente:

(1) *Med. and phys. Journ.*, t. XIX, p. 8, 1808.

(2) *Clinique de Marseille*, 1846; y *Journ. des conn. médico-chirurg.*, agosto de 1846.

(3) Véase *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 281.

Digitized by Google

℞ Alumbre.....................	2 gram.	(ʒß)
Azúcar.................. / Goma arábiga............	ãã 10 gram.	(ʒijß)

Se reducen á polvo y se dividen en veinte papeles, de que se toman de dos á cinco en el dia.

Narcóticos. Desde muy antiguo se ha hecho uso de los narcóticos, y entre estos medicamentos los mas particularmente recomendados han sido el *opio* y el *beleño.* El primero todavía se administra en la actualidad, pero no como una sustancia hemostática, sino como calmante y moderador de la tos, y como dotado de cierta influencia en la respiracion, á la que hace mas fácil, y por consiguiente como susceptible de disminuir las causas escitantes de la hemorragia pulmonar. En cuanto al beleño, muchos autores, entre los que debemos citar á Hartz (1) y F. Hoffmann, le conceden una virtud particular. El primero de estos dos autores administraba este medicamento del modo siguiente:

Aceite de beleño.

℞ Hojas frescas de beleño blanco machacadas................	60 gram.	(℥ij)
Aceite de olivas..............	250 gram.	(℔ß)

Se hace hervir, se filtra y se añade despues de frio:

Aceite de almendras dulces....	250 gram.	(℔ß)

Se dará una cucharada de café de esta mezcla dos ó tres veces al dia.

Hartz continuaba la administracion de este aceite durante algun tiempo sin hacer caso de un pequeño vértigo que causa á veces y que se disipa fácilmente.

F. Hoffmann asociaba la *simiente de beleño* á otras sustancias de propiedades muy diferentes, como ya antes de él lo habia hecho Platero. Hé aqui su fórmula:

℞ Semillas de beleño blanco. / Ojos de cangrejos.........	ãã 2 gram.	(ʒß)
Nitrato de potasa............	60 centígram.	(℈ß)
Alcanfor....................	10 centígram.	(2 g̃)

Se pulveriza y se divide todo en diez papeles, y se toman dos ó tres al dia.

(1) *Journ. de Hufeland*, t. IX, 2.ª parte: *De l' efficac. de l' usage intér de l' huile de jurq. dans les crach. de sang.*

Digitized by Google

Aun cuando es muy probable que el beleño solo obra como calmante en la enfermedad que nos ocupa, es sin embargo de desear que se estudie su accion mejor de lo que lo ha sido hasta ahora.

El doctor Forget, de Estrasburgo, ha elogiado (1) el opio contra la hemotisis, medicamento que ya habian recomendado un gran número de autores, entre los cuales debemos citar á Borhaave y Van Swieten, y cita varias observaciones en favor de su eficacia.

En estos últimos años se ha administrado tambien contra la hemotisis el *ácido hidrociánico*, pero la esperiencia ha demostrado que la accion de este medicamento está limitada á calmar la tos, y que por consiguiente obra lo mismo que las sustancias precedentes. Por esta razon, y atendiendo á que el ácido hidrociánico es un medicamento que no debe usarse sin que reporte una gran utilidad, opino que se le debe escluir del tratamiento de esta hemorragia.

Vomitivos. Nonat (2) ha citado recientemente algunos casos en que se ha hecho uso del tártaro estibiado. Esta práctica no es nueva, puesto que Willis, Cullen y Brian recomendaron ya este medicamento, y Stoll le consideraba como el mejor recurso contra estas hemotisis que, segun él, son de naturaleza biliosa. Habiendo observado el doctor Chapmann (3) que un vómito ocasionado por una dosis considerable de digital habia contenido una hemotisis, hizo estensiva esta medicacion á todos los casos, sustituyendo á la digital el tártaro emético como vomitivo mas seguro, y afirma que ha obtenido buenos resultados de este método, que por otra parte no apoya con observaciones. Levrat Perotton (4) refiere un caso bastante concluyente, en el que habiendo administrado el emético en la época en que debia sobrevenir una *hemotisis abundante* que se reproducia con bastante regularidad todos los meses, la hemorragia, que hasta entonces nada habia podido contenerla y que habia ocasionado una estenuacion notable, no se presentó; se ha suprimido desde

(1) *Bulletin de thérapeutique*, diciembre de 1844.

(2) *Bull. de thérap.*, 15 y 30 de octubre 1840, p. 207.

(3) *Thoughts on the use of emetics, etc.* (*Lond. med. and surg. Journ.* t. II, p. 326, 1828.)

(4) *Hémopt. guérie par l' ém. Transact. méd.*, abril de 1833.)

Digitized by Google

aquella época y no ha tardado en restablecerse la salud. La dosis que empleó Levrat Perotton es la siguiente:

℞ Looc blanco............... media fórmula.

y añádase:

Tártaro estibiado.......... 15 centígram. (3 g̃)

Se toma en tres ó cuatro veces con un cuarto de hora de intervalo.

Despues de haber administrado esta dosis con el objeto de obtener repetidos vómitos, aconseja Chapmann que se continúe por algunos dias el uso del tártaro estibiado, pero solo á *dosis mauseabundas*.

El mismo autor emplea tambien con mucha frecuencia la *ipecacuana*, que le parece llena mejor las diversas indicaciones que se presentan en los diversos casos; pero no espone suficientes detalles respecto á este particular. Por lo demas administra este medicamento lo mismo que el emético, es decir, que despues de haberle dado á *dosis vómitiva* (1 á 2 gramos) (18 á 36 granos), le continúa á dosis *nauseabunda* (15 á 30 centígramos) (3 á 6 granos).

El doctor Joly (1) ha referido dos casos en los que se ha contenido una hemotisis abundante y rebelde por el emético á la dosis de 40 centígramos (8 granos), en 150 gramos (5 onzas) de agua gomosa, que produjo dos vómitos y una deposicion; en seguida se estableció la tolerancia y cesó la hemotisis. Rufz concede tambien gran eficacia á esta medicacion.

Resulta pues que todavía falta mucho para determinar el valor positivo de los vomitivos empleados en el tratamiento de la hemotisis. Debo tambien añadir que en la actualidad no se emplean de modo alguno estos medicamentos en consideracion al *carácter bilioso* que puede presentar la enfermedad. Stoll, que ha buscado esta indicacion con tanto cuidado en todas las afecciones, dice (2), que en los casos en que se trata la hemotisis biliosa por la sangría, resulta una gran debilidad consecutiva, y sobrevienen frecuentes recidivas. ¿Quién no conoce que tomaba por efectos del tratamiento los progresos de la tisis, causa primordial de la hemorragia? Este autor, cuyo diagnóstico era tan

(1) *Journ. de méd. de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1843.
(2) *Rat. med.*, parte III, p. 9, Paris, 1787.

Digitized by Google

superficial en estos casos, no puede absolutamente servirnos de autoridad. Si obtenia buenos resultados de los vomitivos, es porque, segun lo que acabamos de decir, tienen estos medicamentos cierta eficacia en la hemotisis en general, mas no porque estas hemorragias sean biliosas.

Diuréticos. Ya Juncker (1), F. Hoffmann y un gran número de otros autores elogiaron el *nitro* administrado contra la hemotisis; pero asociándole á otras muchas sustancias de virtudes muy diferentes. Gaudineau (2) ha hecho de esta sustancia la base del tratamiento, y aun cuando ha reunido unas sesenta observaciones, que prueban segun él, la eficacia de este medio, tan solo cita tres. Es de sentir que Gaudineau no haya analizado todas estas observaciones é indagado minuciosamente cuál era la duracion de la hemotisis durante este tratamiento, porque esta es toda la cuestion. No nos cansaremos de repetirlo: la hemotisis es un accidente que desaparece en general por sí mismo para volver á presentarse al cabo de mas ó menos tiempo, y asi para probar que el tratamiento ha contribuido á su desaparicion, es de absoluta necesidad entrar en todos los detalles acerca de la duracion y abundancia de la hemorragia, asi como respecto al modo de contenerse. Sea lo que quiera, hé aquí la fórmula de Gaudineau:

℞	Agua gomosa..........	200 gram.	(℥vij)
	Nitrato de potasa......	8 á 15 gram.	(ʒij á ʒjv)
	Jarabe simple.........	15 gram.	(℥ß)

Mézclese. Se deberá tomar toda esta pocion en las veinticuatro horas, y en los casos graves se prescriben dos.

Wagner empleaba el *acetato de potasa*, pero no da ningun detalle acerca de la accion de este medicamento.

El doctor Henriette (3) ha asociado el centeno á la digital del modo siguiente:

℞	Cornezuelo de centeno...	1,50 centígram.	(30 g̃)
	Tintura de digital.......	1,25 centígram.	(25 g̃)
	Agua de tilo dulcificada..	120 gram.	(℥jv)

Se toma á cucharadas cada cuarto de hora.

Se ha prescrito el cornezuelo de centeno contra esta hemor-

(1) *Conspect. med.: De hæmopt.*; Halæ, 1724.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI.
(3) *Journ. de méd. de Bruxelles*, enero de 1848.

Digitized by Google

ragia lo mismo que en todas las demás. Gambini (1) cita un caso en que se ha contenido inmediatamente una hemotisis abundante que habia resistido á las sangrías, á las bebidas acídulas y al frio, por la administracion de la prescripcion siguiente:

℞ Cornezuelo de centeno en polvo.... 4 gram. (ʒj)

Divídase en seis papeles. Se toma uno cada diez minutos.

Aun cuando Spajrani, Pignacia, Negri (2), Anal, etc., hayan citado varios casos de este género, todavía son bastante raros y necesitan nuevas esperimentaciones que los confirmen.

Finalmente, Milcent (3) ha referido tres observaciones de hemotisis en las cuales se contuvo la hemorragia durante la administracion de la *pocion de Chopart.*

A propósito de esta última medicacion, lo mismo que de las anteriores, se puede preguntar si en la mayor parte de los casos en que se ha contenido la hemotisis durante su uso, no debe atribuirse mas bien esta suspension al curso natural de la enfermedad que á la accion del medicamento. Los autores no se han ocupado bastante hasta ahora de esta cuestion, de la que volveré á tratar en el artículo destinado á la *tisis.*

Quedan ahora algunas otras sustancias que pueden administrarse á lo mas como simples ayudantes: tales son el *aceite de linaza*, con el cual pretende Rayger haber curado un gran número de hemotisis; el *aceite de almendras dulces*, la *miel* (Hoffmann), etc. Me seria muy fácil alargar esta lista, pero sin que reportase ninguna utilidad.

Añadiendo á los medios que acabamos de indicar las *precauciones generales* (quietud, silencio, decúbito, etc.), que deben tomarse en todos los casos y que espondremos al fin de este artículo, tenemos ya el tratamiento de la hemotisis de mediana intensidad. Vamos ahora á ver qué debe hacerse en los casos en que la hemotisis es abundante y grave por sí misma.

Hemotisis muy abundante. Cuando es tan considerable la pérdida de sangre que por su misma abundancia inspira sérios te-

(1) *Annal. univ. di medic.*, marzo de 1831.
(2) *Annal. di med.*, 1830—31.
(3) *Bull. gén. de thérap.*, 1848.

Digitized by Google

mores por la vida del enfermo, ó bien cuando tan solo causa una debilidad general y una anemia alarmante, se hace uso de medios que en una hemotisis de mediana intensidad son inútiles, y hasta podrian ser muy peligrosos. Vamos á analizarlos sucesivamente.

1.° *Frio.* Lo mismo que en todas las hemorragias abundantes se ha recurrido á la accion del frio para contener la sangre; sin embargo, todos han sido siempre sóbrios en las aplicaciones frias *al esterior*, lo cual se concibe fácilmente si se recuerda que el asiento del mal está en los pulmones, y que casi todos los sugetos que padecen hemotisis tienen el *pecho delicado*, para servirme de una espresion generalmente usada. No obstante esto, Mertens, y despues de él Borsieri, han recomendado eficazmente las aplicaciones de *agua fria* á los brazos y á las pantorrillas. Riverio quiere que se hagan al escroto, y varios autores han asegurado que habia obtenido buen efecto de estas aplicaciones al pecho mismo. Para que se pongan en práctica estos medios, y sobre todo el último, es necesario que haya un gran peligro, porque siendo casi siempre incierto el diagnóstico, seria un error grave, no obligando á ello el peligro estremo del mal, esponer á la accion de un frio intenso sugetos atacados ya probablemente de la tisis pulmonar. Cuando se quiere obrar con mas energía, se echa mano de la *nieve* y del *hielo*; algunos autores han propuesto el *oxicrato*, pero obra exactamente lo mismo que el agua fria.

Debo recordar aquí el medio empleado por Voillemier (véase *Epistaxis*, pág. 26) contra la *epistaxis*. Ya hemos dicho que este cirujano contuvo una hemorragia nasal muy abundante haciendo evaporar *éter* sobre la frente. La aplicacion de este medio á la hemotisis es de las mas sencillas, y consiste en colocar una compresa sobre el pecho y verter sobre ella el éter de pronto. Es permitido creer que la prontitud con que se disipa la accion refrigerante impida que tengan lugar los accidentes que ocasiona la aplicacion prolongada de líquidos frios sobre el torax.

Al *interior* se administran *bebidas frias* y el mismo hielo, medios cuya eficacia ya proclamó Celio Aureliano, que usaba de estos medios al *esterior*. Borsieri es uno de los que han espuesto con mas cuidado esta parte del tratamiento, y quiere que solo se haga uso del agua fria en bebida en los casos en

Digitized by Google

que no haya signo alguno de flegmasia ni ninguna alteracion en los pulmones. Creo inútil decir cuánto nos limitan tales restricciones el campo de esta medicacion activa.

Tratamiento por las bebidas frias (Borsieri). Este autor prescribia *cada media hora, y durante el dia y la noche*, de 250 á 300 gramos (de 8 á 10 onzas) de agua fria y hasta helada, sin conceder *ninguna especie de alimentos* mientras duraba este tratamiento, que á veces se continuaba hasta ocho dias, y que no cesaba en ningun caso hasta que se contenia el esputo de sangre.

Llenan muy bien esta indicacion pedazos de nieve que se dejan deshacer en la boca.

Acidos. El uso de los ácidos en esta enfermedad data ya de una época muy remota, y las preparaciones que primero se han empleado han sido el *vinagre* y el *zumo de limon;* despues se ha prescrito la *limonada sulfúrica* ó *hidroclórica*, y á principios de este siglo ha citado el doctor Henning (1) un caso en que ha visto desaparecer la hemotisis despues de haber administrado de 10 á 12 *gotas de ácido fosfórico* cada hora y durante un dia.

Vuelvo á repetir aquí lo que he dicho al tratar de las bebidas frias: que es necesario ser muy prudente en la administracion de los ácidos, y en particular, me parece que no debe emplearse el ácido fosfórico hasta que nuevos esperimentos nos hagan conocer bien su accion, que no se diferencia probablemente de la de los demas ácidos. Por otra parte, cualquiera que sea el de que se haga uso, es preciso, como lo han recomendado todos los prácticos, asociarle en proporcion bastante á una sustancia que le impida provocar la tos, como lo indicaré en las prescripciones.

Otros diversos medios. La *ligadura de los miembros* ha sido aconsejada principalmente en las hemotisis abundantes; las *ventosas* del doctor Junod, atrayendo una gran cantidad de sangre hácia las estremidades, darian probablemente los mismos resultados.

Los médicos de los siglos pasados concedian gran influencia al régimen lácteo, prescribiendo unos la *leche de cabra*, otros *la de vaca*, etc; pero me parece inútil decir que este régimen

(1) *Med. and phys. Journ.*, t. IX, p. 388, 1803.

Digitized by Google

obraba como atemperante, y por esta razon calmaba algunos de los accidentes de la tisis pulmonar. Lo mismo digo de los *polvos de caracoles* aconsejados por Fernelio. Asi pues, no insistiré mas respecto á este particular.

Tales son los medios que mas comunmente se emplean y de los cuales cierto número merecen alguna confianza. Pasemos ahora á examinar algunas cuestiones importantes relativas á casos particulares.

1.º *¿Cuál debe ser la conducta del médico en los casos en que parece que la hemotisis reemplaza á otro flujo sanguíneo?* Los autores estan conformes en no emplear en estas circunstancias ningun medio hemostático muy activo, á no ser que la hemorragia sea demasiado abundante, porque entonces la pérdida de sangre constituye un accidente muy grave. En general se procura restablecer por diversos medios los flujos suprimidos. En la amenorrea se aplican sanguijuelas á las partes genitales, se dirige á la vulva el vapor del agua hirviendo, se emplean las lavativas purgantes, las sustancias emenagogas, etc. En la supresion del flujo hemorroidal se han puesto en uso los mismos medios, solo que las sanguijuelas se aplican al ano, se introduce en el recto una cala con *acibar*, etc. En la epistaxis se ponen una ó dos sanguijuelas á la entrada de la nariz y se prescriben los estornutatorios. No es raro observar que estos medios no logran el objeto que de ellos nos proponemos, como sucede repetidas veces en las tentativas que se hacen para restablecer las reglas, y la razon es muy sencilla: muy á menudo la supresion de los menstruos es lo mismo que la hemotisis, un síntoma de la tisis pulmonar, y todos saben las dificultades insuperables que se hallan en estos casos para restablecer el flujo sanguíneo.

¿Hay casos en que sea preciso procurar restablecer la hemotisis contenida demasiado pronto? Tengo á la vista una observacion del doctor Loevenhard (1) que ofrece algun interés bajo el punto de vista práctico. En una muger de cuarenta y seis años, que habia padecido ya varias hemotisis, se administró durante una de estas recidivas el *alumbre en polvo* (no se indica la dosis), y la hemorragia se contuvo en el instante; pero la dis-

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 281.

Digitized by Google

nea, que habia existido desde un principio, aumentó de un modo considerable y la sufocacion se hizo inminente. Despues de haber empleado en vano un gran número de medios, se le ocurrió al doctor Loevenhard dar el *azufre dorado de antimonio* á dosis emética: el vómito provocó la tos, y habiendo ésta producido á su vez la espulsion de una cantidad considerable de sangre coagulada, desaparecieron los síntomas alarmantes y todo volvió á entrar en órden. Aun cuando este hecho sea poco concluyente, no debe ser perdido para el práctico, que podrá, si se le presenta un caso semejante, ensayar el mismo medio, aunque sustituyendo el azufre dorado de antimonio por un vomitivo mas usado, y principalmente por el tártaro emético.

¿ Hay ciertas especies de hemotisis á las cuales convengan mas particularmente algunos de los medicamentos que mas arriba dejamos indicados? Si se consultan algunos autores y principalmente J. Frank, parece que debe emplearse un tratamiento distinto en cada una de las diferentes especies de hemotisis admitidas por motivos muy diversos; pero ya he dado mi opinion acerca de estas divisiones minuciosas que carecen de una base sólida, y asi me limitaré á decir que solo algunas circunstancias capitales son las que deben dirigir al práctico. Si se trata, por ejemplo, de una hemotisis de mediana intensidad, sin carácter particular, de la que, en una palabra, es mas frecuente porque depende de la tisis pulmonar, bastan medios sencillos, los emolientes, los opiados y algunos astringentes. En los casos de hemotisis abundante, si hay signos de plétora, si la congestion hácia el pecho parece intensa, se puede hacer una sangría, y si la hemorragia bronquial escede de ciertos límites, es necesario recurrir al frio *interior* y *esteriormente*. Finalmente, si fuese una de esas hemorragias constitucionales, con petequias y equímosis en todo el cuerpo, y en las cuales los enfermos arrojan una cantidad considerable de sangre negra, difluente ó muy serosa, se debe dar la preferencia á los *ácidos* y á los astringentes mas enérgicos. Tales son las únicas indicaciones un poco exactas que pueden establecerse, y aun añado que no son de ningun modo absolutas, y que el médico, lejos de ceñirse á tratar los diversos casos por ciertos medicamentos determinados, debe tenerlos siempre presentes todos, porque las circunstancias son muy variables.

Digitized by Google

Resúmen y *prescripciones*. Las anteriores consideraciones nos conducen naturalmente á indicar, en un número suficiente de prescripciones, los medicamentos que mas convienen á ciertos casos determinados.

PRESCRIPCION I.

TRATAMIENTO DE LA HEMOTISIS LIGERA.

1.° Para bebida:

℞	Raiz de consuelda mayor.......	15 gram. (℥ß)
	Agua comun..................	500 gram. (℔j)

Se hierve durante un cuarto de hora, y se añade:

Jarabe de membrillo...........	30 gram. (℥j)

Se toma un vaso de cada vez.

2.°	℞	Estracto de opio...	3 á 5 milígram. (1/2 á 1 g̃)
		Conserva de rosas.	15 centígram. (3 g̃)

Háganse S. A. una píldora que se toma todas las tardes.

3.° Un maniluvio sinapizado todas las mañanas.

4.° Dieta láctea.

Estos medios tan sencillos bastan para moderar la hemorragia, que pronto se contiene por sí misma. Si resiste, ó no siendo muy abundante es bastante considerable para inspirar alguna inquietud, se emplearán los medios siguientes:

PRESCRIPCION II.

HEMOTISIS REBELDE Y ALARMANTE.

1.° Para bebida:

℞	Acido tartárico cristalizado...	2 gram. (ʒß)
	Oleosácaro de limon.........	1 gram. (18 g̃)
	Azúcar......................	60 gram. (℥ij)
	Agua........................	1000 gram. (℔ij)

Se toman varios vasos al dia.

Si la tos fuese muy fuerte, valdría mas prescribir:

℞	Raiz de ratania..............	15 gram. (℥ß)

Se hace hervir por espacio de veinte minutos en

Digitized by Google

Agua........................ 1000 gram. (℔ij)

Se cuela y se dulcifica con

Jarabe de consuelda mayor.... 75 gram. (℥ijß)

2.° ℞ Estracto de ratania pulverizado. 1,50 gram. (27 g̃)
Conserva de rosas rojas....... 4 gram. (ʒj)
Jarabe de membrillo.......... C. S.

Háganse diez bolos, de los que se toma uno cada dos horas.

Tambien se puede prescribir las píldoras de tanino (véase pág. 464) ó de monesia (pág. 464).

3.° Se aplica á los lomos uno ó muchos sinapismos.

4.° Se prescribe el aceite de beleño de Hartz (véase pág. 466) ó los polvos de F. Hoffmann (pág. 466).

5.° El mismo régimen que en el caso anterior.

Si estos medicamentos no fuesen suficientes se podria hacer uso de la medicacion *vomitiva* y *diurética*, de la cual no presentaré prescripciones, porque me parecen suficientes los detalles que he dado, y solo me limitaré á recordar los *zumos de plantas astringentes* (véase pág. 463) que podrian combinarse con las medicaciones precedentes. Veamos ahora qué es lo que se debe ordenar en las hemotisis muy alarmantes.

PRESCRIPCION III.

HEMOTISIS ABUNDANTE EN UN SUGETO ROBUSTO.

1.° Para bebida:

℞ Acido sulfúrico á 66°....... 4 gram. (ʒj)
Mucílago de goma arábiga.... 60 gram. (℥ij)
Jarabe de altea............. 75 gram. (℥ijß)
Agua comun................ 1500 gram. (℔iij)

Mézclese. Se toma á vasos.

2.° Una sangría del brazo de 12 onzas, ó mejor aun una sangría de una taza (4 onzas), que se repite por la tarde y al dia siguiente si fuese necesario.

3.° Muchas ventosas secas aplicadas á los hipocondrios y entre las escápulas (Fernelio).

4.° *En los casos de supresion de un flujo*, se ordenarán los medios apropiados para restablecerle.

5.° Dieta absoluta.

Digitized by Google

PRESCRIPCION IV.

HEMOTISIS QUE HA OCASIONADO YA UNA GRAN PÉRDIDA DE SANGRE.

1.° Se dará á beber con frecuencia al enfermo agua helada ó algunos pedazos de nieve para que los deshaga en la boca.

2.° Se aplicarán compresas empapadas en agua de nieve á las partes genitales, á las íngles, á la flexura del codo, ó á las pantorrillas, ó bien se hará evaporar rápidamente el éter sobre el pecho.

3.° Se prescribirá el *julepe antihemorrágico* que hemos indicado en el artículo *Epistaxis* (véase pág. 45).

4.° Ligaduras á las estremidades.

5.° ℞ Alumbre.............. 50 centígram. (10 ℥)
Catecú................. 150 centigram. (30 ℥)
Estracto tebáico........ 15 centigram. (3 ℥)

Se harán píldoras de las que se administrará una por la mañana y otra por la tarde.

6.° Por único alimento, caldo frio.

PRESCRIPCION V.

HEMOTISIS CON PETEQUIAS Y EQUÍMOSIS.

1.° Limonada sulfúrica preparada como en la prescripcion III.

2.° *Julepe antihemorrágico.* (Véase pág. 45).

3.° ℞ Polvo de quina gris......... 10 gram. (ʒijß)
Polvo de estracto de ratania.. 1,50 gram. (30 ℥)
Jarabe de consuelda mayor... C. S.

Háganse bolos de 50 centígramos (10 granos), de que se toman cuatro por la mañana y cuatro por la tarde.

4.° El agua fria interior y esteriormente del mismo modo que en la prescripcion anterior.

5.° Maniluvios y pediluvios sinapizados.

6.° Caldo frio.

En el caso particular á que se aplica esta prescripcion, se debe insistir principalmente en el uso de los ácidos.

Tal es el método curativo de esta hemorragia tan imponente

Digitized by Google

para los enfermos. Nada he dicho de la hemotisis intermitente, porque no me han parecido bastante numerosos los hechos de esta especie de que se hace mencion: pero si esta hemorragia presentase una intermitencia regular, que se aproximase á uno de los tipos conocidos, se deberá emplear contra ella el *tratamiento de las calenturas intermitentes*, que creo inútil indicar aqui. Restan ahora las precauciones que deben tomarse en todos los casos y que me propongo presentar reunidas.

Precauciones generales en los casos de hemotisis. 1.° El médico no debe manifestar en su semblante el menor signo de inquietud, antes por el contrario, demostrará la mayor confianza, á fin de reanimar la parte moral tan abatida del enfermo.

2.° Se hará desnudar á este por completo y se le colocará en la cama, de modo que la cabeza se halle mucho mas alta que el tronco.

3.° Se mantendrá en la habitacion una temperatura poco elevada.

4.° Se prohibe todo movimiento que no sea indispensable, y se cuidará de tener el vientre libre por medio de laxantes.

5.° Se encargará al enfermo el silencio mas absoluto, recomendándole que no ceda demasiado pronto á la necesidad de toser.

6.° Se alejará toda causa de emocion moral.

7.° Se debe prolongar por algunos dias el régimen severo á que se haya sometido al enfermo durante la hemotisis.

Tratamiento profiláctico. Muchos autores antiguos, y entre ellos Riverio (1) y Ludwig, se han estendido acerca de los medios profilácticos, que consisten principalmente en el uso de algunos purgantes ligeros, sobre todo del ruibarbo, en la aplicacion de un exutorio permanente y en una tisana refrigerante. Basta haberlos indicado, porque nada hay que pruebe que estos medios hubiesen obtenido el efecto que de ellos se esperaba.

Régimen. Borsieri entró en largos detalles respecto al régimen y al método de vida, y recomienda principalmente la dieta láctea, los harinosos, las partes gelatinosas de los animales (pie de vaca etc.); tambien prescribe el cambio de aires, el ejercicio á caballo y en carruaje, y por último, recomienda mante-

(1) *Prax. med.*, lib. VII, cap. VI, p. 110.

Digitized by Google

ner el vientre libre y practicar una sangría proporcionada á las fuerzas del sugeto, cada tres meses poco mas ó menos. La mayor parte de estos medios se usan generalmente en la actualidad.

Hemos espuesto ya el plan curativo de la hemotisis, que lo mismo que el diagnóstico y la etiología necesita estudiarse con mas método de lo que hasta ahora se ha hecho. Esperamos pues, que no será perdida para los observadores nuestra escitacion, porque, volvemos á repetirlo, es un objeto digno de su estudio, tanto por la frecuencia de esta enfermedad, como por la gravedad de su pronóstico.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *Hemotisis ligera.* Evacuaciones sanguíneas cortas, ventosas secas, vejigatorio, sinapismos, astringentes, narcóticos, vomitivos, laxantes, diuréticos y pocion de Chopart. Si la hemotisis presenta un carácter periódico, se empleará el tratamiento de las calenturas intermitentes.

2.° *Hemotisis abundante.* Hacer uso de los medios precedentes y además la accion del frio interior y esteriormente, los ácidos y la ligadura de los miembros.

ARTICULO II.

BRONQUITIS AGUDA.

Antes de entrar en la historia de la bronquitis aguda, creo que debo decir dos palabras acerca de la bronquitis en general, y esponer las razones que he tenido para adoptar una division algo diferente de las propuestas por los autores. Me parece que este será el único medio de poder fijar bien el asunto de que voy á ocuparme.

Lo mismo que las demás afecciones que ocupan las vias respiratorias, la bronquitis ha sido confundida por mucho tiempo con otras muchas enfermedades, y por eso pudo decir Laennec, y con razon (1), que á pesar de su frecuencia era mucho menos

(1) *Traité de l' auscult. méd.*, t. I, p. 126, 3.ª edicion.

Digitized by Google

conocida que otras varias afecciones sumamente raras. Pero en estos últimos años, y gracias sobre todo á los trabajos del ilustre médico que acabo de citar, la historia de la bronquitis ha adquirido un grado de precision hasta entonces desconocido. No se crea por esto que poseemos un gran número de observaciones de bronquitis aguda simple; pero es tan frecuente esta enfermedad y sus síntomas han sido tan bien observados, que con muy cortas escepciones, se conoce hoy esta enfermedad hasta en sus mas minuciosos detalles.

Los antiguos describian con los nombres de *tos* y de *catarro* todas las especies de bronquitis; pero en el siglo pasado se han establecido cierto número de divisiones, que no todas se hallan generalmente admitidas, y de las cuales indicaré tan solo las mas principales. Sauvages (1) solo admite tres divisiones principales: la primera, que lleva por título *Rheuma catarrhale*, es el catarro propiamente dicho; la segunda, á que da el nombre de *Rheuma epidemicum*, es hablando con propiedad, la *grippe*, y finalmente, bajo el título de *Anachatarsis*, comprende este autor los diversos flujos bronquiales, entre los cuales se halla la *broncorrea* de la que aun hoy se hace una especie particular.

Despues de haber Laennec en su primera edicion dividido simplemente esta enfermedad en catarro agudo y catarro crónico, ha adoptado mas tarde divisiones mas multiplicadas. Asi, segun este autor, hay: 1.° un *catarro mucoso agudo;* 2.° un *catarro mucoso crónico;* 3.° un *catarro pituitoso*, que no es mas que la broncorrea; 4.° un *catarro seco;* 5.° un *catarro convulsivo*, nombre con que designa la coqueluche; 6.° un *catarro sintomático*, y finalmente 7.° un *catarro sufocante.*

Esta division de Laennec me parece esencialmente viciosa, puesto que el predominio de tal ó cual síntoma basta á este autor para formar especies particulares, de donde resultan divisiones inútiles, y lo que todavía es mas grave, la reunion bajo un mismo título de enfermedades que tienen caracteres esenciales muy distintos, como la coqueluche y la simple bronquitis.

En los demás tratados generales se han limitado sus auto-

(1) *Nos. meth.*, Amst., 1768, t. I, p. 686.

Digitized by Google

res á dividir la bronquitis en aguda, que comprende la bronquitis epidémica, en bronquitis crónica y en broncorrea. Por mi parte creo que en atencion á los hechos debo adoptar una division algo diferente.

Despues de haber leido con detencion las observaciones mejor hechas, he podido notar que hay: 1.° una *bronquitis simple*, mas ó menos aguda, mas ó menos estensa, y en la que se debe comprender el *catarro sufocante agudo*, conocido por otros con el nombre de *bronquitis capilar general*, y la *broncorrea aguda*, que no ofrece mas particularidad que la abundancia de líquido espectorado, como lo demostraré al tratar del diagnóstico; 2.° una *bronquitis crónica*, bajo cuyo nombre reuno la bronquitis propiamente dicha, el catarro seco de Laennec y la broncorrea crónica; 3.° la *bronquitis seudomembranosa*, á la que algunos autores han dado el nombre de *crup bronquial*.

Estas son las tres divisiones que á mi parecer deben admitirse. En cuanto al *catarro asténico* que describen los autores ingleses, no me parece bastante bien determinado el diagnóstico para convencerme perfectamente de que esta enfermedad que, segun dichos autores solo ataca á los niños de corta edad y á los ancianos, sea una simple bronquitis y no una pulmonía.

Me ocuparé esclusivamente en este artículo de la primera de las tres especies que acabo de indicar, es decir, de la *bronquitis aguda simple*.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La bronquitis aguda es la inflamacion simple de la membrana mucosa de los bronquios. Los antiguos creian, y Laennec sostuvo esta opinion, que el catarro pulmonar, nombre con el cual designaban generalmente á esta enfermedad, era un término medio entre una simple congestion y la inflamacion propiamente dicha, y hasta para algunos no pasaba de un *simple flujo*. Mucho tiempo hace ya que la anatomía patológica ha hecho justicia á los que hacian bajar los humores del cerebro hácia los diversos órganos, de donde se diseminaban en seguida

Digitized by Google

formando los diversos flujos catarrales; mas sin embargo, aun algunos médicos admiten la opinion de Laennec, que no obstante no puede resistir, como veremos mas adelante, al estudio de los síntomas y de la anatomía patológica.

Los principales nombres con que se ha conocido á esta enfermedad son los siguientes: *constipado de pecho, catarro pulmonar, fiebre catarral, destillatio pectoris, catarrhus*, etc. En la actualidad se usa generalmente el de *bronquitis*, que merece conservarse porque espresa la naturaleza de la enfermedad y el punto en que reside.

Todos saben que esta afeccion es muy *frecuente*, y es muy rara la persona que no la padece á lo menos una vez al año, y muy comunmente se presenta bajo la forma epidémica. Creo inútil detenerme mas en un hecho tan conocido.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Lo mismo que todas las demás inflamaciones superficiales de las vias respiratorias, parece que basta una muy pequeña predisposicion á la bronquitis para que se desarrolle. Todas las *edades* estan espuestas á padecerla; pero J. Frank pretende que lo estan mas los niños, los adolescentes y los ancianos. Tal vez lo que ha llamado mas particularmente su atencion sería la gravedad mayor de la bronquitis en estas diversas edades.

Este autor coloca tambien en el número de las causas predisponentes el *sexo femenino*, la *vida sedentaria*, la *convalecencia*, las *enfermedades graves* y la *estenuacion*; pero no está todavía perfectamente determinado el grado positivo de influencia que tienen estas causas. Wintringham (1) asegura que los individuos *mutilados* padecen con mas frecuencia que los demás estas afecciones; pero esta asercion singular carece completamente de pruebas.

Las *estaciones* mas favorables al desarrollo de la bronquitis

(1) *De morb. quibusd. comment.*; Lond. 1782.

Digitized by Google

aguda son el principio de la primavera y del otoño, y entonces es tambien cuando principalmente se presenta bajo la forma epidémica.

Estas son las únicas causas predisponentes que merecen llamar nuestra atencion.

2.° Causas ocasionales.

No poseemos ningun trabajo bastante exacto acerca de las causas que pueden ocasionar la bronquitis aguda. Generalmente se admite que la *impresion del frio*, sobre todo cuando el sugeto está sudando, la accion *del frio húmedo aplicado á la cabeza y á los pies*, el *paso del calor al frio* y el dejar *demasiado pronto* las *ropas* de *invierno*, son las principales causas ocasionales de esta enfermedad. «Sin embargo, dice Laennec (1), el paso repentino de una temperatura fria á otra mas suave, produce, sobre todo al principio de la primavera, un gran número de constipados.» Queda no obstante la duda de si esta observacion de Laennec es exacta ó si seria una simple coincidencia entre la invasion de la enfermedad y el paso del frio al calor las que le haria formar este juicio. Una *irritacion directa* á la membrana mucosa producida por vapores ácres como los del cloro y de los ácidos, puede tambien ocasionar la bronquitis: pero, segun lo hace notar Laennec, la inflamacion en estos casos es ligera y de corta duracion.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los síntomas de la bronquitis varían mucho en cuanto á su intensidad, y no son menos diferentes los cuidados que hay que prestar á los enfermos, segun que la bronquitis es *ligera* y *apirética* ó *grave* y está *acompañada de calentura*. Del mismo modo, cuando ocupa *una gran estension*, constituye una enfermedad sumamente terrible, y cuyos signos son muy alarmantes. Por estas razones voy á describir por separado: 1.° la bronqui-

(1) *Traité de l' auscultation*, t. I, p. 138.

Digitized by Google

tis ligera y apirética; 2.° la bronquitis intensa y febril, y 3.° la bronquitis capilar general.

1.° *Bronquitis ligera.* Esta afeccion, que unas veces sucede á una coriza poco intensa y otras invade primitivamente los bronquios, se anuncia al principio por una *irritacion* ligera en la laringe, en la tráquea, ó tan solo en la raiz de los bronquios. Esta irritacion escita pronto la *tos* que aumenta á su vez la irritacion local, y al cabo de un tiempo ordinariamente corto se agregan á estos síntomas una *opresion* ligera, una sensacion de *constriccion* detrás del esternon, y por último una ligera *dificultad de respirar.*

En esta época la tos es todavía seca y los enfermos hacen esfuerzos tan grandes como inútiles para desprender el cuerpo estraño que parece que está fijo en los bronquios. A las doce ó veinticuatro horas de este estado mas ó menos molesto, la tos, provocada siempre de un modo irresistible por las *titilaciones*, produce la *escrecion* de corta cantidad de serosidad ligeramente salada y filamentosa, y á poco tiempo arrojan los enfermos algunos esputos pequeños, irregulares, nacarados, y como lo ha notado Laennec, teñidos ordinariamente de materia negra pulmonar. Por último, á las veinticuatro ó treinta y seis horas, la tos se hace mas fácil, menos irresistible, y no ocasiona ya en los bronquios aquella sensacion de dislaceracion, sino que se desprenden con facilidad unos esputos opacos, amarillentos, sin estrías ni mezcla de aire, en fin, evidentemente mucosos. En una palabra, se efectúan en la profundidad del pecho los mismos fenómenos que hemos podido apreciar con la simple vista en la inflamacion de la membrana pituitaria.

A pesar de la aparicion de todos estos sìntomas, en nada se alteran las demas funciones; el enfermo continúa entregado á sus ocupaciones, conserva el apetito, no presenta ningun síntoma de fiebre, y goza en todos conceptos de una perfecta salud. Sin embargo, es muy frecuente observar que tanto despues de haber comido como á consecuencia de la ingestion de bebidas frias y de sustancias irritantes, la tos aumenta momentáneamente de frecuencia, se exacerban tambien el dolor y la opresion, y es mayor la escrecion de los esputos. Algunos individuos esperimentan tambien, sin presentar un movimiento febril bien marcado, una sensibilidad mayor que de ordinario á la accion del frio.

Digitized by Google

2.° *Bronquitis intensa y febril.* Lo mismo que la anterior, ó puede seguir á una coriza aguda ó empezar primitivamente por el pecho. En el primer caso, en el momento en que los síntomas de la coriza comienzan á disminuir, se nota un estorbo ligero y una irritacion pequeña en la laringe, en la tráquea y hasta en la faringe, lo cual se reconoce por un poco de ronquera y de dolor fijo en la parte anterior del cuello y una ligera dificultad de deglutir, síntomas que pueden persistir por mas ó menos tiempo durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, hay casos en que asi la laringe, como la tráquea y la faringe no presentan ningun fenómeno notable, y la irritacion se manifiesta desde luego en la raiz de los bronquios.

Muy pronto aumentan estos síntomas con rapidez, y se declaran el *dolor* detrás del esternon, la *tos* y la *opresion*, con lo cual ya se confirma la enfermedad. La *calentura*, cuya intensidad varía mucho, unas veces precede á los síntomas que acabamos de indicar, y otras no se manifiesta hasta despues de haber durado estos cierto tiempo, lo cual establece una diferencia grandísima entre los diversos casos.

1.° *Síntomas locales.* El primer síntoma que se manifiesta es el *dolor* detrás del esternon, el cual no adquiere desde luego toda su intensidad, sino que consiste por lo comun, en los primeros momentos, en una sensacion simplemente de incomodidad ó de tension, pero que progresa sensiblemente en pocas horas y llega á veces á hacerse dislacerante en los esfuerzos de tos. Este dolor se halla ordinariamente limitado á la parte media del esternon, aunque en algunos casos, y sobre todo en los sugetos muy sensibles, se irradia á las partes laterales del pecho y hasta á la espalda, como lo ha demostrado J. Frank. Yo mismo he observado síntomas de neuralgia intercostal que se han manifestado en personas que padecian esta enfermedad y simulaban perfectamente el dolor en el costado de la pulmonía. Volveré á ocuparme de esto al tratar del diagnóstico. El dolor subesternal asciende con mucha frecuencia hasta la parte superior de la tráquea y á la laringe, se presenta con especialidad bajo la forma de punzadas que provocan la tos de un modo irresistible, al mismo tiempo que hay una *sequedad* notable de la tráquea y de los bronquios unida á una sensacion penosa de *ardor*.

Digitized by Google

La *tos* provocada incesantemente por las titilaciones que existen en los bronquios gruesos, es seca, penosa, y exige del enfermo esfuerzos violentos, como si tuviese que espulsar un cuerpo estraño contenido en el pecho. Esta tos es continua, aunque no con igual frecuencia á todas las horas del dia, sino que ordinariamente es mayor por la mañana y á la noche. Cuando la bronquitis es muy intensa, causa por lo comun insomnio; cada golpe de tos aumenta considerablemente el dolor subesternal, y asi los enfermos procuran á veces resistir á la necesidad de toser, lo cual consiguen por cierto tiempo, pero al fin llega á ser tan imperiosa esta necesidad que no pueden resistirla. Cuando la tos es muy intensa puede ocasionar vómitos, bien sea por la contraccion forzada de la faringe, ó por el paso dificil de los esputos por esta parte, ó en fin, por la simple contraccion del diafragma. Al mismo tiempo la *respiracion* se hace dificil y penosa y parece que el aire no puede pasar de las primeras ramificaciones de los bronquios; las paredes torácicas se elevan con mas fuerza que de ordinario, y la respiracion va acompañada de cierto ruido. Se observan principalmente estos fenómenos cuando á consecuencia de una coriza un poco intensa, las fosas nasales se hallan obstruidas y el enfermo tiene por precision que respirar por la boca, en cuyo caso llegando el aire á las primeras ramificaciones bronquiales mas directamente y con mas fuerza, se aumentan notablemente las titilaciones de la tráquea y se hace mas violenta la necesidad de toser. Estas especies de exarcerbacion de los síntomas locales sobrevienen principalmente por la tarde.

En la época de la enfermedad que estoy describiendo, los esputos son, lo mismo que en la bronquitis ligera, al principio nulos y despues simplemente serosos y filamentosos, y los grandes golpes de tos, que parece que debian desembarazar al enfermo de las mucosidades que le incomodan, no producen mas resultado que hacerle redoblar los esfuerzos, pero inútilmente; por fin, al cabo de veinticuatro ó treinta y seis horas empiezan á notarse, en medio del líquido seroso, unos pequeños núcleos opalinos que indican la formacion de los esputos.

Despues de haber durado dos ó tres dias, y á veces mas,

Digitized by Google

los síntomas que acabo de describir, se modifican del modo siguiente: el dolor del pecho se alivia y solo recobra por momentos su primera intensidad; pero no es raro observar un dolor contusivo que se presenta en la base del torax, en los puntos correspondientes á las inserciones del diafragma, y que aumenta considerablemente con los esfuerzos de la tos. Este dolor depende principalmente de las contracciones bruscas, violentas y frecuentemente repetidas de los músculos, aunque sin embargo, conviene añadir que en general es tanto mas vivo y se manifiesta tanto mas pronto, cuanto mayor es la intensidad de la calentura.

La tos se va haciendo mas fácil y mas húmeda, y el enfermo percibe claramente que la materia de la espectoracion se desprende con mas facilidad.

La respiracion es menos anhelosa, menor la opresion, y sobre todo es manifiesto el alivio despues de haber espectorado.

Los esputos son grandes, opacos, amarilloverdosos ó de un color blanco sucio, pesados, y si se echan en el agua se precipitan al fondo del vaso, no son espumosos ó no presentan sino pocas burbujas de aire. Algunas veces nadan en un liquido trasparente y otras parece que estan mezclados con una corta cantidad de saliva batida, en cuyo caso pierden su sabor salado y toman un gusto soso.

La *auscultacion* ha proporcionado preciosos medios para reconocer ciertos síntomas locales de que todavía no me he ocupado, y que han recibido de Laennec el nombre de *signos patognomónicos* del catarro pulmonar. Cuando la inflamacion invade solo las primeras ramificaciones de los bronquios, que no es lo mas frecuente en los casos de bronquitis febril, solo se percibe al principio un *estertor sonoro grave* ó un *estertor sibilante* hácia la parte media y posterior del pecho; en seguida parece que este estertor se irradia, pero no se presenta nunca muy superficial, sino al nivel de las raices de los bronquios. Cuando las mucosidades se desprenden con mas facilidad, se perciben los *estertores mucosos* de burbujas gruesas é irregulares en los puntos donde existia el estertor sonoro y sibilante. Si la inflamacion invade una parte de las estremidades de los bronquios, se nota por la auscultacion la existencia del *estertor subcrepitante* limitado á la parte posterior é inferior del

Digitized by Google

pecho. Este estertor ocupa en general tanta mas estension cuanto mas intensa es la enfermedad y cuando invade casi la totalidad del pecho, es tan considerable la gravedad de la bronquitis, que he creido, como ya dejo dicho, que debia destinar un artículo aparte para esta forma temible de la afeccion. El estertor subcrepitante se propaga casi siempre de abajo arriba, ocupa al mismo tiempo los dos lados del pecho, lo cual es muy importante para el diagnóstico, pero invade por lo comun mas estension de uno que de otro, y casi siempre del lado derecho.

La *percusion* solo nos da resultados negativos, pero que no por eso son menos preciosos para el diagnóstico. El pecho conserva en todo el curso de la enfermedad su sonoridad normal á no ser que haya alguna complicacion.

2.° *Síntomas generales.* Cuando la calentura precede á la aparicion de los síntomas locales, se anuncia la enfermedad por escalofrios vagos y ligeros, algunas llamaradas irregulares de calor, y un aumento de sensibilidad á las variaciones de temperatura; por la tarde se presenta una exacerbacion mas ó menos manifiesta, y se observa entonces un calor intenso acompañado á veces de sudor. De las observaciones que refiere Bouillaud (1) se ve que el pulso puede elevarse hasta ciento ocho pulsaciones y se presenta duro, lleno y resistente.

Cuando por el contrario sobreviene la calentura despues de la aparicion de los primeros síntomas locales, se presentan con mucha menos intensidad los fenómenos que acabamos de indicar, y por lo comun solo hay una sensibilidad normal á la impresion del frio, y un ligero movimiento febril por las tardes, acompañado de una exacerbacion mas ó menos manifiesta de los síntomas pectorales.

El *apetito* está siempre disminuido y á veces falta completamente, en cuyo último caso se quejan los enfermos de una *sed* mas ó menos intensa. La lengua está blanquecina, pastosa, suave y húmeda. No se ha hecho mencion de las náuseas y los vómitos independientes de los esfuerzos de la tos, y sin embargo se observan muchas veces, sobre todo en los niños pequeños. Por lo comun hay un poco de astriccion de vientre, y á veces

(1) *Clinique médicale de l' hôpital de la Charité;* Paris, 1837, t. II, p. 337.

por el contrario alguna diarrea. La aparicion de este último síntoma indica que una parte de las membranas mucosas de la economía se halla afectada, que es lo que ha hecho que á los casos de este género se les diese el nombre de *fiebre catarral.*

Finalmente, Laennec ha notado que algunos individuos sentian un *ardor insólito al orinar*, y que este líquido depositaba sedimento; tambien ha observado *poluciones nocturnas*, fenómenos ambos que indican cierto grado de irritacion de la vejiga y del conducto de la uretra; pero estos síntomas no pasan de ser accesorios y escepcionales.

Estos son los síntomas con que se presenta la bronquitis aguda de mediana intensidad; ya solo me resta hablar ahora de la forma á que se ha dado el nombre de *broncorrea aguda* y de la *bronquitis general.*

Broncorrea aguda. Examinando con detencion las observaciones de broncorrea aguda, no tardaremos en convencernos de que esta enfermedad solo se diferencia de la bronquitis en la abundancia de la materia espectorada. En efecto, en una y otra hallamos el dolor debajo del esternon, la opresion y la tos, y al abrir los cadáveres se notan signos nada equívocos de la inflamacion de los bronquios. Solo seria preciso tal vez hacer una escepcion para casos semejantes al que ha referido Andral (1) en el que habiendo sido atacado repentinamente un sugeto que padecia un hidrotorax sintomático y un aneurisma del corazon, de una gran ansiedad y dificultad muy considerable de respirar, arrojó una cantidad enorme de esputos serosos parecidos á la clara de huevo. «Este flujo estraordinario, dice Andral, continuó por algunas horas, y al dia siguiente por la mañana la respiracion era fácil y el enfermo se felicitaba de su estado, diciendo que se habia librado de un peso enorme que tenia en su pecho: ¡y cuál no seria mi asombro cuando al percutir esta cavidad he hallado que el sonido á macizo del lado derecho habia desaparecido completamente!» En mi opinion, debería reconocerse con Andral que esta espectoracion es el resultado de un simple flujo y no de una inflamacion, si estuviese bien demostrado que no habia habido comunicacion entre la cavidad de la pleura y los conductos bron-

(1) *Clinique médic.*, t. III, obs. XVIII, p. 247, 3.ª edicion.

Digitized by Google

quiales. Hago esta reflexion, porque en la actualidad ya no son muy raros los casos en que se han efectuado comunicaciones de este género, que han permitido la evacuacion del líquido contenido en las pleuras, y citaré varios al hacer la historia de la *pleuresia*. En cuanto á los casos designados con el nombre de *asfixia por espuma bronquial*, es fácil ver, leyendo las observaciones, que solo se trata de bronquitis que aparecen como complicaciones al fin de otras enfermedades, y cuando los enfermos no tienen ya fuerzas para espectorar.

De lo dicho se deduce: primero, que en el mayor número de casos, los hechos citados como broncorreas agudas son simples bronquitis con secrecion mas abundante que de ordinario, y á las cuáles puede darse, si se quiere, el nombre de *bronquitis broncorréica*, como lo ha hecho Bouillaud; segundo, que en los casos en que no ha habido inflamacion no ha podido conocerse de un modo bien positivo la verdadera procedencia del líquido.

La bronquitis broncorréica se presenta á veces con accesiones distantes unas de otras, como en un caso que ha referido Laennec (*lug. cit.*, pág. 154) tomado de Roberto Bree. Esta observacion recayó en una muger que fue acometida de repente de una opresion con ansiedad suma y tos poco intensa pero continua, con la que arrojó una gran cantidad de serosidad espumosa, habiendo cesado el accidente al cabo de pocas horas. Un mes despues sobrevino otra nueva accesion mucho mas intensa, que invadió de improviso despues de un sueño tranquilo, con sufocacion inminente, pérdida de conocimiento, lividez de la cara, enfriamiento de las estremidades, pulso insensible y tos violenta y convulsiva con la cual arrojó la enferma cuatro pintas (dos azumbres) de serosidad espumosa ligeramente teñida de sangre. En las colecciones médicas se hallan algunos casos de este género, que sin embargo deben considerarse como escepciones raras.

BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.

Esta forma de la enfermedad que por la intensidad de sus síntomas y por su gravedad merece una descripcion particular, ha sido objeto de un gran número de investigaciones bajo nombres bastante diversos; pero se puede decir que no ha empezado

Digitized by Google

á ser bien conocida hasta estos últimos tiempos. Con las denominaciones de *peripneumonia notha*, *exanthematica*, *catarrhalis*, *catarrhus suffocativus* y *catarro sufocante*, muchos autores, tales como Sydenham, Sauvages, Morgagni, Cullen y Lieutaud describieron, á no dudarlo, casos de bronquitis capilar general. ¿Pero no han descrito tambien otras afecciones del pulmon, y en particular verdaderas pulmonías, que sus medios de esploracion no les permitian conocer? Laennec ha conservado á esta forma de la bronquitis el nombre de *catarro sufocante,* y ha trazado una descripcion interesante de ella, aunque incompleta.

Varios autores ingleses, entre los cuales debemos citar particularmente á Ch. Badham (1), Elliotson (2) y James Copland (3) han dado el nombre de *bronquitis asténica* á la enfermedad designada por las espresiones de *peripneumonia notha* y *catarro sufocante*. Recientemente ha descrito á la vez Fauvel (4) con el nombre de *bronquitis capilar purulenta y seudomembranosa*, la inflamacion pura y simple que se estiende casi á la totalidad del árbol bronquial, y la que da origen á la formacion de falsas membranas. Por mi parte creo que debo dejar para un artículo especial la bronquitis seudomembranosa ó crup bronquial y trazar en este rápidamente la historia de la bronquitis capilar general, que no es mas que una bronquitis simple que se hace pronto estensiva á la mayor parte de las estremidades de los bronquios.

Los que principalmente la padecen son los *niños*, y segun los autores ingleses, afecta tambien con mucha frecuencia á los ancianos; pero carecemos de observaciones concluyentes que puedan fijar nuestra opinion respecto á este particular. La asistencia durante dos años en la Salitrería, me ha convencido de que es muy fácil confundir esta enfermedad con verdaderas pulmonías, cuyos fenómenos estetoscópicos no son perfectamente positivos en todas las épocas de la afeccion. Sin embargo, he visto tres casos de bronquitis capilar en ancianas, pero es preciso tomar en consideracion que estas enfermas padecian á menudo constipados intensos, y que tenian un enfisema pul-

(1) *An essay on bronch* (*Lond. med. Repos.*, t. IV, p. 63; 1816).
(2) *Lectur. on the theor.*, etc. (*The Lond. med. Gaz.*, t. XII. p. 97; 1833.)
(3) *Dict. of pract. med.*, parte 1.ª, p. 246.
(4) *Rech. sur le bronch. capill.* etc.; Tésis, Paris, 1840

Digitized by Google

monar muy marcado. Los *adultos* no estan exentos de esta enfermedad, como lo prueba una observacion sumamente interesante de Fauvel (1) que ha recaido en un sugeto adulto, robusto y vigoroso. Yo he observado tambien un caso casi semejante en una muger de treinta y siete años que padecia histérico y enfisema pulmonar (2). Chambert (3) ha citado tambien casos observados en adultos. Se trataba, segun la apariencia, de bronquitis en personas que padecian enfisema, porque se continuaba la alimentacion, lo que seguramente no se hubiera hecho en casos de bronquitis capilar, general, primitiva y febril.

Las causas que determinan esta afeccion no se diferencian de las causas de la bronquitis anteriormente descritas; solo que por una disposicion desconocida se halla mas prontamente invadida una mayor estension del árbol bronquial, de lo que proviene la gravedad de los síntomas igualmente que el peligro.

Por lo general la enfermedad principia como un simple costipado de intensidad variable, y los síntomas que se manifiestan son: la opresion, el dolor subesternal, la calentura, la inapetencia, la cefalalgia, con una tos frecuente y dolorosa, y la dificultad de espectorar. Entonces se puede reconocer en la parte posterior é inferior del pecho y de los costados, asi como en la bronquitis de mediana intensidad, el estertor subrepitante que no se estiende mas que hasta el tercio ó la mitad de la altura del torax. Pero muy pronto estos síntomas adquieren una intensidad no acostumbrada, y hé aqui el estado que presentan los enfermos:

Cara pálida, color amoratado de los labios, ojos prominentes, espresion de una viva ansiedad, dilatacion de las ventanas de la nariz á cada inspiracion, agitacion y cambios frecuentes de posicion. Los niños de mas edad y los adultos se sientan en la cama, é inclinan la cabeza hácia delante, ó la sostienen con las manos apoyándose en los codos. Tambien se observa anhelacion, dilatacion enérgica del torax, respiracion por momentos ruidosa y estertorosa, mas tranquila despues de la espectoracion; en fin,

(1) *Archives de médecine*, 3.ª serie, 1841, t. X, p. 260.

(2) Desde entonces he observado numerosos casos y he publicado acerca de este asunto (*Bull. gén. de thér.*, abril de 1847), un trabajo que tendré que citar mas adelante.

(3) *Gaz. méd.*, julio de 1845; *Mém. sur la bronch. cap. et sur son trait. par l' émét a'doses refractées*, julio de 1845.

Digitized by Google

tos violenta húmeda, que vuelve frecuente por accesos, pero sin carácter particular.

En los niños muy pequeños no hay espectoracion, en los demás, aunque es dificil, es de una materia mas ó menos espesa, sin mezcia de aire, de color blanco amarillento y de mucosidades filamentosas, á veces espumosas y estriadas de sangre.

La voz no se halla alterada, pero la palabra es breve y entrecortada; se siente un *dolor* dislacerante debajo del esternon y una opresion estremada. El pulso está acelerado y variaba en los niños observados por Fauvel, de ciento veinticuatro á ciento sesenta pulsaciones.

Los demás síntomas no se diferencian sensiblemente de los que se han descrito al tratar de la bronquitis medianamente estensa.

Despues de mas ó menos tiempo, como las fuerzas se agotan, la tos se hace menos fuerte y la espectoracion mas dificil. La respiracion se halla mas embarazada y siempre estertorosa. La cara se inyecta mucho asi como las conjuntivas. La espresion de la fisonomía es la de un terror profundo, y á veces los enfermos toman una posicion estraña para evitar el decúbito dorsal. Asi es que se encorvan hácia delante, se acuestan sobre el vientre, dejan colgar la cabeza fuera de la cama, ó procuran dirigirse en busca del aire que les falta. El pulso se hace pequeño, aumenta de frecuencia, y algunas veces no pueden contarse las pulsaciones de la arteria. Hay tambien sequedad en la piel que alterna con el sudor, soñolencia habitual, interrumpida por exacerbaciones momentáneas, que producen un golpe de tos, la accion de beber ó la espectoracion. En algunos casos se observa un poco de delirio y agitacion por la noche, y entonces no tarda en sobrevenir la muerte.

Cuando la enfermedad debe terminarse por la curacion, se ve que cesa poco á poco la calentura, despues de muchas alternativas de alivio y de agravacion; la espectoracion se hace fácil y abundante, la opresion se disipa y la enfermedad marcha rápidamente á la convalecencia.

La *auscultacion* da á conocer en el pecho la existencia de numerosos estertores y sumamente estensos; al principio hay casi siempre un estertor subcrepitante seco, algunas veces muy fino,

Digitized by Google

diseminado en todas partes del torax, mas grueso y mas húmedo hácia la raiz de los bronquios. Mas adelante se oye un estertor mucoso de burbujas gruesas, el estertor con ronquido, el sibilante y una especie de ruido de rallo que indica la dificultad con que el aire atraviesa los conductos bronquiales.

Laennec ha indicado como un buen signo la sensacion del movimiento de las mucosidades que llenan los bronquios, y que se reconoce mas frecuentemente por la aplicacion de la mano en el catarro sufocante que en cualquiera otra especie.

La *percusion* solo suministra resultados negativos, ó bien da á conocer una exageracion de la sonoridad del pecho. Segun Laennec, habria al acercarse la muerte una disminucion del sonido en la base del torax, signo que indica la congestion serosa ó sanguínea de los pulmones. Probablemente se habrá notado este fenómeno en el catarro sufocante, observado en sugetos atacados de edema del pulmon ó de alguna otra enfermedad mortal; pero yo no he hecho entrar estas dos especies en mi descripcion, porque en estos casos la bronquitis es una simple complicacion.

Si se ha seguido con cuidado esta descripcion, se conocerá fácilmente que todas las particularidades que presenta son debidas únicamente á la gran estension de la inflamacion. En efecto, estos solo son signos de asfixia causados por la dificultad de la hematosis, que resulta de la obstruccion de todos los conductos aéreos y de la imposibilidad en que se encuentra el aire de ponerse en contacto con la membrana mucosa, al través de una capa de materia espesa y glutinosa. Para esplicar estos fenómenos, no es necesario admitir, como parece inclinado á hacerlo Laennec, «una parálisis de algunas de las partes que en el estado natural producen la escrecion del moco pulmonar.» Por el contrario, ya se ha visto con qué energía obran estas potencias hasta que se agotan las fuerzas por los progresos continuos de la asfixia. Por las mismas razones no se puede admitir la naturaleza asténica de esta bronquitis, que da lugar á tan violentos fenómenos de reaccion. Si los niños, los ancianos y los sugetos que padecen una fiebre exantemática estan mas espuestos que los demas, es porque en todas estas circunstancias las inflamaciones tienen mayor tendencia á producirse y estenderse rápidamente. Laennec *(lug. cit.)* ha dicho con ver-

Digitized by Google

dad: «El catarro sufocante no es una enfermedad particular, sino un accidente que puede presentarse en muchos y diversos casos.»

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la *bronquitis leve* es ordinariamente muy rápido, pues esta afeccion desaparece frecuentemente á los tres ó cuatro dias.

La *bronquitis febril* tiene igualmente un curso agudo, pero su duracion es mas larga y mas variable. Puede ser de dos semanas y aun de mas de un mes. Algunas veces, tambien como la ha hecho notar Broussais, por la falta de todo cuidado, hay muchos ataques sucesivos que prolongan su duracion. En semejantes casos se observa frecuentemente que el primer ataque es mas intenso que los siguientes. Estos se hallan anunciados por una exasperacion del dolor y por la supresion de la espectoracion que antes era fácil. Chomel y Blache (1) distinguen en esta afeccion tres *períodos* distintos. El *primero* está caracterizado por el dolor y la espectoracion de un líquido trasparente; el *segundo* por la humedad de la tos, y mayor consistencia de los esputos, y el *tercero* por la opacidad de estos esputos y la diminucion de los demas síntomas. Segun estos autores entonces es cuando se hace la orina mas abundante y sedimentosa, y sobreviene á veces una ligera diarrea. Estos períodos no son siempre, ni con mucho, tan marcados, y algunas veces se ve, que bajo la influencia de causas muy diversas, se reproducen los fenómenos del primero en el curso de los otros dos, presentándose principalmente estas ligeras exacerbaciones despues de comer y por la noche.

Es muy raro que la bronquitis sea francamente *intermitente*; sin embargo, se citan algunos ejemplos de esta forma, comun á tantas enfermedades diversas; pero no mencionaré sino el que ha referido el doctor Bouchard (2) en el cual la bronquitis de tipo tercianario aparecia con intensidad á las diez de la noche, para desaparecer enteramente á las cuatro de la mañana.

(1) *Dict. de méd.*, t. VI, 1843, art. BRONQUITIS AGUDA.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 229; 1837.

Digitized by Google

En cuanto á la *bronquitis capilar general*, su curso es muy rápido y casi siempre gradualmente ascendente. Su duracion, en los casos observados hasta el presente, ha sido de seis á ocho dias.

La bronquitis leve, igualmente que la bronquitis febril de mediana estension, no terminan por la muerte, á no ser que sobrevengan complicaciones. No sucede lo mismo con la bronquitis capilar general, que causa siempre la muerte de los enfermos.

En un caso observado por Martin Solon (1) la bronquitis tomó un carácter gangrenoso que se manifestó por el olor característico de los esputos y por su color agrisado. Esta *terminacion por gangrena* es muy rara, y en este caso debió ser muy superficial, porque el enfermo se curó con mucha prontitud.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En los casos en que la muerte ha sido causada por otra enfermedad, es en los que principalmente se han podido observar las lesiones pertenecientes á la bronquitis ligera ó de mediana intensidad. En los bronquios gruesos se ha encontrado la rubicundez, el engrosamiento, el reblandecimiento y el aspecto granuloso de la mucosa. En las pequeñas ramificaciones de aquellos estas alteraciones se manifiestan principalmente por la pérdida de trasparencia de la membrana. Los conductos aéreos estan obstruidos por un moco mas ó menos abundante, espeso, algunas veces rojizo y viscoso, y otras puriforme. Segun Chomel y Blache, los ganglios bronquiales se hallan con bastante frecuencia rojos é hinchados en los jóvenes.

En la *bronquitis capilar general* se observan las mismas alteraciones de la mucosa y una obliteracion casi completa de todos los bronquios por una materia puriforme, espesa, adherente, poco ó nada mezclada con el aire. Estos conductos presentan una dilatacion uniforme, parcial ó general. En los casos observados por Fauvel habia un enfisema vesicular del lóbulo

(1) *Journ. des conn. méd. chir.*, enero de 1849.

Digitized by Google

superior de los dos pulmones, y dos veces un enfisema interlobular. En el mayor número de cadáveres se observaban granulaciones purulentas diseminadas en el pulmon, pero sobre todo en la superficie del lóbulo inferior. Los ganglios bronquiales estan rojos y quebradizos en los niños. Las cavidades derechas del corazon y todo el sistema venoso estan distendidas por la sangre, y los órganos cerebrales y abdominales se encuentran en un estado de congestion á consecuencia de esta estancacion sanguínea.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico de la bronquitis leve* no presenta dificultad alguna; los síntomas descritos mas arriba, con la falta de sonido á macizo y de todo ruido anormal en el pecho, solamente con algunas burbujas de estertor mucoso y un poco de estertor sonoro en los grandes bronquios, bastan para hacer evitar todo error.

En la *bronquitis febril* y que ocupa una parte de las ramificaciones bronquiales, el diagnóstico es mas importante. Esta enfermedad se distingue de la *pulmonía* incipiente en los caracteres siguientes: el dolor se siente las mas veces detrás del esternon, y es mas bien contusivo que pungitivo, y está acompañado de titilaciones en la tráquea y en los grandes bronquios. Sin embargo, estos signos no son patognomónicos, porque en cierto número de casos el dolor tiene caracteres semejantes á los de la pulmonía: por consiguiente se le debe dar menos importancia que á los siguientes. El movimiento febril, aun cuando aparece desde el principio, es medianamente intenso, el pecho es sonoro á la percusion, y el estertor subcrepitante que se oye en su parte inferior existe en *ambos lados*. Este último signo, sobre el cual el doctor Louis ha llamado particularmente la atencion en sus lecciones, debe ser notado con el mayor cuidado. Desde que este escelente observador ha indicado su valor, se evitan muchos errores de diagnóstico de los que antes no se hallaban exentos los médicos mas hábiles. En la pulmonía incipiente el dolor es ordinariamente pungitivo, y existe ó bien debajo la tetilla ó en uno de los lados del pecho. La disnea es considerable, la calentura ordinariamente intensa. Casi siempre se halla un sonido

Digitized by Google

oscuro en un punto correspondiente al ruido normal, y finalmente, el estertor crepitante, que cuando existe no se oye mas que en un *solo lado* del pecho. Casi siempre tambien hay desde este momento una escrecion de esputos herrumbrosos, anaranjados, ect., que no existe en la bronquitis. En una época mas avanzadada, la respiracion bronquial y el sonido á macizo que se advierten en la pulmonía desvanecen todas las dudas. Hay un caso en el que diagnóstico es muy oscuro, y es cuando existe una de estas pulmonías lobulares que sobrevienen ordinariamente en el curso de una bronquitis capilar. Entonces se reconoce la existencia de la bronquitis, pero como faltan los signos suficientes se desconoce la pulmonía lobular.

Yo he visto muchos casos en que la existencia de un considerable enfisema pulmonar y una disposicion particular á los dolores nerviosos, daban á la enfermedad un aspecto particular, y la hacian asemejarse á una pulmonía de un modo mas marcado que lo que generalmente sucede.

En estos casos un dolor neurálgico que ocupaba un lado del torax simulaba el dolor de costado de la pulmonía; la disnea era intensa, la agitacion grande y el movimiento febril considerable; pero aunque el estertor subcrepitante ocupase la mitad inferior sobre poco mas ó menos de ambos lados del pecho, lejos de haber esperimentado la menor disminucion la sonoridad de esta cavidad, por el contrario, se habia aumentado, y los esputos no ofrecian ninguno de los caracteres de los neumónicos.

La *tisis* de curso agudo presenta tambien síntomas que pudieran en un principio hacer que se la equivocase con una simple bronquitis; pero los dolores mas ó menos vivos que se sienten en la parte superior del torax, las hemotisis, el sonido oscuro que se nota debajo de una de las clavículas ó de ambas á la vez, el estertor subcrepitante que existe en los mismos puntos, el enflaquecimiento rápido, etc., no pueden dejar al médico largo tiempo en la incertidumbre.

Cuando existe una pleurodinia simultáneamente con la bronquitis se pudiera creer que hay una *pleuresía;* pero la falta de sonido á macizo y de la disminucion mas ó menos marcada de la respiracion, aclaran muy pronto este diagnóstico, que es mucho menos importante que el precedente.

Digitized by Google

El diagnóstico de la *bronquitis capilar general* merece que nos detengamos un momento. Al principio se la ha podido confundir con la invasion de una calentura eruptiva; pero la falta de los escalosfrios, de los vómitos y de la coriza del sarampion, del lagrimeo, de la tos y de la angina de la escarlatina, de los dolores lumbares de las viruelas, y la presencia en todo el pecho del estertor subcrepitante diseminado, dan á conocer, como lo ha hecho notar Fauvel, la existencia de la bronquitis.

Segun este autor, se distingue la bronquitis capilar general de la pulmonía lobular por la disnea mas intensa, la ansiedad estrema, el estertor subcrepitante en todo el pecho, y por los síntomas de asfixia que no existen ó que son mucho menos marcados en el principio en la pulmonía lobular.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la bronquitis febril y de la pulmonia incipiente.*

BRONQUITIS FEBRIL.	PULMONÍA.
Dolores subesternales contusivos (signo dudoso).	*Dolor de costado* en un punto mas ó menos distante del esternon (signo dudoso).
Movimiento febril *medianamente intenso.*	Calentura *intensa.*
Estertor subcrepitante en la parte inferior y posterior del pecho, en *ambos lados.*	Estertor crepitante por detrás en *un solo lado.*
Sonoridad normal del torax.	*Sonido oscuro* en el punto en que se oye el ruido anormal.

2.° *Signos distintivos de la bronquitis febril en los sugetos nerviosos y que padecen enfisema*, *y de la pulmonía.*

BRONQUITIS.	PULMONÍA.
Falta de esputos característicos.	*Esputos herrumbrosos*, anaranjados, de color de zumo de ciruelas, etc.
Sonoridad del pecho *mas bien aumentada* que disminuida.	*Sonido oscuro.*
Estertor subcrepitante en *ambos lados.*	Estertor crepitante en *un solo lado;* respiracion bronquial.

Digitized by Google

3.° *Signos distintivos de la bronquitis febril y de la tisis aguda incipiente.*

BRONQUITIS.	TISIS AGUDA.
Dolor *subesternal.*	Dolor *debajo* de las clavículas ó entre las escápulas.
Sonoridad normal *debajo de las clavículas.*	Sonido á macizo en la *region subclavicular.*
Estertor subcrepitante *en la base de los dos pulmones*, y en la parte posterior.	Crujidos y estertor subcrepitante en el *vértice de los pulmones.*
No hay hemotisis.	A veces hay *hemotisis.*

4.° *Signos distintivos de la bronquitis capilar general y de una calentura eruptiva incipiente.*

BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.	CALENTURA ERUPTIVA.
Por lo general no hay *escalosfrios* ni vómitos al principio.	*Escalosfrios* y *vómitos*, etc. al principio.
No hay *coriza*, ni *lagrimeo*, ni *angina*, ni *dolores musculares.*	Hay *coriza* y *lagrimeo* en el sarampion, *angina* en la escarlatina, *dolores musculares* en las viruelas, etc.
Estertor subcrepitante *diseminado* en todo el pecho.	No existe estertor subcrepitante ó está limitado á *una pequeña estension* de la base de los pulmones.

5.° *Signos distintivos de la bronquitis capilar general y de la pulmonía lobular.*

BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.	PULMONÍA LOBULAR.
Disnea *muy intensa.*	Disnea menos *considerable.*
Ansiedad *estrema.*	Ansiedad *moderada.*
Estertor subcrepitante *diseminado* en todo el pecho.	Estertor subcrepitante limitado á una *estension mucho menor* del pulmon.

No estando fundado este último diagnóstico sino en la mayor ó menor intensidad de los síntomas, se conoce bien que es me-

Digitized by Google

nos positivo que los demas, y que para adquirir una completa certeza exige nuevas y mas rigurosas investigaciones.

Pronóstico. La bronquitis leve es de muy pòca gravedad, y aun las mas veces los enfermos no se someten á ninguna especie de tratamiento. En cuanto á la bronquitis febril de mediana estension exige algunas precauciones, pero tampoco es grave en el adulto. Se ha dicho que podia ocasionar la muerte en los sugetos que padecian una enfermedad orgánica antigua; mas en estos casos solo hace acelerar el término fatal.

En los ancianos, y sobre todo en los que ya estan afectados de un catarro crónico, la bronquitis aguda tiene una gravedad proporcionalmente mucho mayor. En efecto, en ellos la inflamacion tiende á ocupar una gran parte del pecho, y puede ocasionar la muerte por sus propios progresos. Otras veces sobreviene una verdadera pulmonía, y respecto de esto debo decir que no es raro verla empezar en el curso de la bronquitis, lo que debe inducir al médico á recomendar las mayores precauciones á los sugetos atacados de esta última enfermedad.

La bronquitis capilar general es siempre muy grave y con frecuencia mortal. Su gravedad está en razon directa de la estension de la inflamacion que se manifiesta al observador por la estension del estertor crepitante diseminado.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Los autores han estudiado con gran cuidado el tratamiento de las diversas especies de bronquitis; pero por desgracia no está generalmente fundado en la análisis de suficiente número de observaciones, sin duda á causa de no haber parecido bastante importante la materia, porque en el mayor número de casos no se trata mas que de la mayor ó menor duracion de la enfermedad. Sin embargo, á los ojos del práctico concienzudo este resultado tiene una importancia real, y por esto es de sentir la negligencia de los observadores: porque ¿cómo se ha de saber si los medicamentos han influido en esta duracion si no se ha llevado una cuenta exacta de los hechos? No obstante, voy á

Digitized by Google

presentar el tratamiento, tal como es, en el estado actual de la ciencia.

1.° *Bronquitis leve.* Por lo comun los sugetos que de ella estan afectados no cambian su manera de vivir y no toman medicamento alguno. Sin embargo, el médico puede ser consultado por personas que tengan precision de recobrar prontamente la integridad de su voz, ó que esperimentando alguna inquietud acerca del estado de su pecho, tienen grande interés en abreviar en lo posible todas las afecciones que pueden irritar los pulmones. En semejantes casos se emplean las tisanas emolientes, llamadas *pectorales*, tales como las infusiones de *violetas,* de *malva*, *gordolobo*, etc.; algunas *fumigaciones* con un *cocimiento* de *malvabisco* y de cabezas de *adormideras;* los *laxantes* como el *maná* á la dosis de 30 ó 60 gramos (una ó dos onzas) ó *purgantes* ligeros, por ejemplo, el *aceite de ricino* á la dosis de 30 gramos (una onza). Los pediluvios y maniluvios hechos irritantes por medio de la sal comun ó de ceniza; un *régimen* suave y ligero, y un gran cuidado en sustraerse á todas las causas de enfriamiento, completan este tratamiento.

Todavía se obtienen los mejores efectos de una medicacion ligeramente *narcótica.* Asi pues, una infusion de violetas y de amapola para tisana, y de 2 ó 3 centígramos (2 ó 3 quintos de grano) de estracto gomoso de *opio*, dados en píldoras todas las noches, hacen que desaparezcan muy pronto todos los síntomas.

2.° *Bronquitis febril.* Esta forma de la afeccion exige medios mas enérgicos.

Emisiones sanguíneas. Casi todos los autores han recomendado la *sangría*, pero estan lejos de hallarse acordes acerca de los casos en que conviene practicarla. Laennec queria que se escaseasen mucho, que solamente se hiciesen cuando todos los síntomas tuvieran grande intensidad. Chomel y Blache recurren frecuentemente á ellas, y Bouillaud ha aplicado á esta afeccion el método de las sangrías generales y locales repetidas con cortos intervalos (1).

Este último autor no ha observado, como él mismo lo dice, bastante número de casos tratados de esta manera para que se pueda sacar una consecuencia positiva. No obstante, se puede

(1) *Clin méd. de l' hop. de la Charité*, 1837, t. II.

Digitized by Google

decir, sin aprobar tan abundantes evacuaciones de sangre en una enfermedad tan leve, que la sangría no ha tenido en el corto número de hechos citados por Bouillaud el resultado que temia Laennec, es decir, el de hacer la enfermedad mas larga. La fuerza y la constitucion del enfermo deberán guiar al médico en el uso de estas sangrías, igualmente que la intensidad de los síntomas locales y generales. Las *sanguijuelas*, segun Laennec, no tienen mas ventajas que la sangría general; asi este autor las sustituia con las *ventosas escarificadas* que dejaba largo tiempo aplicadas. En los niños se prefiere por lo general la aplicacion de sanguijuelas.

Demulcentes. Al mismo tiempo se prescribe un *julepe béquico* ó una *pocion* demulcente ú oleosa, un fuerte cocimiento de *azufaifas* ó de malvabisco seco; se prescriben tambien con el mismo objeto las pastas que se preparan con estas sustancias, pero todos estos medios deben considerarse como simples auxiliares, porque como dice Laennec, nada prueba que tengan una eficacia real por sí mismos.

Narcóticos. Hace ya largo tiempo que se ha reconocido la utilidad de los medicamentos narcóticos. Borsieri los recomienda muy particularmente, y prescribe (1) el *jarabe* de *adormideras blancas*, el *opio*, el *láudano líquido* de Sydenham, y sobre todo las píldoras de *estoraque de Silvio*, segun la fórmula siguiente:

Píldoras de estoraque de Silvio.

℞	Estoraque.....................	30 gram.	(℥j)
	Opio..........................	2 gram.	(ʒß)
	Azafran.......................	10 gram.	(ʒijß)

Mézclese y háganse S. A. veintiocho píldoras. Se toma una todas las noches.

Borsieri alaba tambien las píldoras de cinoglosa, asi como otros muchos preparados en los que el opio es la sustancia activa.

Laennec usaba con preferencia la *belladona* á la dosis de 3 á 5 centígramos (de medio á un grano) todas las noches ó mañana y noche. Se logra el mismo fin con las píldoras de *estramonio*, á la dosis de 2 á 3 centígramos ($^2/_5$ á $^3/_5$ de grano) al dia.

(1) *Instit. med.*, Lips., cap. I, *De Tussi.*

Digitized by Google

Meriadec Laennec usa el *opio* no solo como narcótico, sino como sudorífico, y aconseja hacer tomar á los enfermos por la noche la bebida siguiente:

℞ Jarabe de diacodion ó de adormideras de la Farmacopea francesa... 30 gram. (℥j)

Mézclese con una taza de tisana pectoral bien caliente, y se toma de una sola vez.

Tambien se ha dirigido por medio de fumigaciones el medicamento narcótico sobre la misma mucosa bronquial. Estas fumigaciones se hacen de la manera siguiente:

Fumigacion narcótica.

℞ Hojas de belladona ó de estramonio. 10 gram. (ʒijß)
Agua comun.................... 500 gram. (℔j)

Se cuece durante un cuarto de hora, se vierte el líquido en un vaso cuya abertura se cubrirá con un embudo de tubo ancho, y se hace aspirar el vapor que sale por la estremidad de este embudo.

Tambien se puede hacer muy sencillamente esta fumigacion, cubriendo la cabeza del enfermo con un lienzo, y teniendo la cara sobre el vaso de donde se exhala el vapor; pero despues de la fumigacion, que debe durar de cinco á diez minutos á lo mas, es menester tener cuidado de enjugar la cabeza y de ponerla al abrigo del contacto del aire.

Esta medicacion por los narcóticos tienen una eficacia incontestable que se puede comprobar todos los dias.

Vomitivos. Hace ya mucho tiempo que se han usado los vomitivos en la *bronguitis aguda febril;* pero los autores no estan enteramente conformes acerca de la época en que se deben administrar, ni en los casos en que convienen. G. Fordyce (1) los empleaba en casi todos los casos, pero elegia vomitivos ligeros, es decir, que producian vómitos moderados. Laennec, lo mismo que Chomel y Blache, reserva el uso de los vomitivos para los casos en que la bronquitis tiene mucha intensidad y se acerca al catarro sufocante. Elliotson y G. Spilsbury (2) han recomendado los vomitivos principalmente en la bronquitis que

(1) *Diss. med. de catarrho*; Edimb., 1758.
(2) *The Lancet*, vol. I, p. 34; 1839--40.

Digitized by Google

han llamado asténica, y que segun lo que hemos visto mas arriba, no es ordinariamente mas que una bronquitis intensa que tiende á generalizarse, ó que sobreviene en sugetos debilitados por la edad ó por una enfermedad. Asi pues, se puede decir que los autores estan de acuerdo en prescribir esta especie de medicamentos desde que la bronquitis adquiere una intensidad notable.

El vomitivo que mas frecuentemente se usa es el *tártaro estibiado*. Si la enfermedad es de mediana intensidad, no se da mas de una vez á la dosis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) en los adultos, y 2 á 3 centígramos (de $^2/_5$ á $^3/_5$ de grano, á los niños; pero en los casos en que la intensidad de la enfermedad es mucha, es preciso administrar el tártaro estibiado á alta dosis, bien se propine este medicamento en una pocion como en la pulmonía, ó bien se le dé, como prescriben Elliotson y Spilsbury, de la manera siguiente:

℞ Tártaro estibiado..	5 á 10 centígram.	(1 á 2 g̃)
Azúcar blanca.....	30 gram.	(℥j)

Mézclese.

Se toma cada tres ó cuatro horas en una cucharada de tisana.

Stewart (1) piensa que el tártaro emético no debe administrarse á los niños sino con suma prudencia; pero no menciona hecho alguno en apoyo de esta asercion. Laennec (*lug. cit.*, página 140), por el contrario, pretende que la eficacia de los vomitivos es mucho mayor en esta edad, que se pueden repetir sin inconveniente un dia sí y otro no, y aun todos los dias, y que es el mejor medio de impedir que las bronquitis tomen el carácter de la coqueluche en la primera infancia. Sin embargo, he visto casos en que el tártaro estibiado ha producido en los niños graves accidentes, lo que me ha hecho preferir, en general, la *ipecacuana*.

El doctor Girard, de Marsella, ha referido hechos (2) que prueban la exactitud de las observaciones de Laennec. Este hábil práctico prescribe el emético lo mismo á los niños que á los adultos. A estos últimos le administra de la manera que sigue:

(1) *A treat. of dis., of child.* (*The New-Yorck Journ.*, abril 1841, p. 408.)
(2) *Arch. génér. de méd.*, octubre de 1843.

Digitized by Google

℞ Tártaro estibiado........ 15 centigram. (3 g̃)
Ipecacuana en polvo..... 1,25 gram. (℈j)

Se toma en tres veces.

En diez y ocho casos ha visto que resultan muy buenos efectos de este tratamiento, y particularmente que se manifiesta la disminucion de la fiebre con la mayor rapidez.

Yo tambien he aconsejado esta medicacion (1), de la que cada dia obtengo mejores resultados, sobre todo en los casos de bronquitis grave en los que padecen enfisema.

La *ipecacuana* se usa mas frecuentemente en los niños pequeños que el tártaro estibiado, y se la puede administrar en forma de jarabe á cucharadas hasta que produzca el vómito, ó bien se la prescribe á los niños de mas de seis años bajo la forma siguiente:

℞ Ipecacuana.............. 50 centígram. (10 g̃)
Miel..................... C. S.

Háganse cuatro bolos, y se toma uno cada media hora.

Igualmente se ha empleado el *azufre dorado de antimonio*, el *sulfato de zinc* y la *polígala del Senegal*, á dosis emética; pero no teniendo estos medicamentos ninguna virtud particular, es inútil sustituirlos á los precedentes que llenan mejor todas las condiciones.

El doctor Williams (2) prescribe la ipecacuana, así como los antimoniales á corta dosis; y recomienda dar de 10 á 15 centígramos (2 á 3 granos) de ipecacuana ó de los polvos de James, cuya fórmula pongo á continuacion:

Polvos de James.

℞ Sulfuro de antimonio.........
Asta de ciervo............... } ãã 30 gram. (℥j)

Se calcina en un crisol de hierro y se porfiriza.

Purgantes. Los laxantes son unos medicamentos que en todos tiempos se han prescrito en esta enfermedad. *La pulpa de tamarindos*, *el maná*, *la cañafístula*, *el aceite de almendras dulces* y *el de ricino* son las que principalmente se han recomendado. Estos medicamentos formarán parte de las prescripciones que se pondrán al fin de este artículo.

(1) *Bull. génér. de thérap.*, abril 1847.
(2) *The cyclop. of pract. med.*, art. Bronquitis.

Digitized by Google

Tambien se han empleado, y con el mejor resultado segun los autores que los han usado, otros purgantes mas enérgicos. En un caso Riverio (1) prescribió la fórmula siguiente:

℞ Calomelanos............. 1 gram. (20 ℥)
Jalapa.................. 50 centígram. (10 ℥)

Se toma en dos veces.

Este medicamento produjo siete evacuaciones de vientre, é hizo desaparecer, dice Riverio, todos los síntomas de la enfermedad.

El doctor Robarts (2) refiere que ha administrado con las mayores ventajas el vino de las semillas de cólchico, especialmente en los niños; pero no se puede tener gran confianza en las aserciones sin pruebas de este autor, que considera al opio como perjudicial cuando por todas partes abundan los hechos que prueban su eficacia.

Se ve pues, que no se han hecho suficientes investigaciones acerca del uso de los purgantes, y todo lo que se puede decir hasta el presente es; que si estos remedios han servldo de algo han sido como medios auxiliares.

Estimulantes generales. Entre estos medicamentos, los *alcohólicos* han sido los mas preconizados en estos últimos tiempos. Ya se sabe que Laennec los recomendaba muy particularmente. «Estos medios que constituyen un método popular y conocido, dice este autor, desde tiempo inmemorial, aunque los médicos se hayan ocupado muy poco de él, son heróicos en un gran número de casos. En efecto, se ve con mucha frecuencia, añade, que un constipado que parece debiera ser muy intenso, se detiene repentinamente en una sola noche.» Hé aquí como Laennec dirigia este tratamiento:

Tratamiento por los alcohólicos (Laennec). Por lo comun hacía tomar al enfermo, al tiempo de acostarse, la pocion siguiente:

℞ Aguardiente superior.. 30 á 45 gram. (℥j á ℥jß)
Infusion de violetas muy
caliente............ 60 á 90 gram. (℥ij á ℥iij)
Jarabe de malvabisco. C. S.

Se toma de una vez.

(1) *Oper. med.*, cent. III, observ. XLVII.
(2) *The Lancet*, noviembre 1855, p. 336.

«La administracion de este medicamento es seguida comunmente hácia la madrugada de un sudor bastante abundante; pero con frecuencia sucede que el constipado se cura desde el primer dia, sin que haya habido sudor. Si no ha desaparecido enteramente, se continúa asi muchos dias de seguido. Este método es particularmente heróico al principio de los constipados; pero es mucho menos eficaz cuando ha empezado la espectoracion espesa.»

Segun Meriadec Laennec, esta medicacion, que él califica de aventurada, no tiene otra ventaja que la de provocar la traspiracion, efecto que se puede obtener con menos peligro con la preparacion opiada que he citado mas arriba (véase pág. 504). Spilsbury agrega al uso del tártaro estibiado á alta dosis el vino ó aguardiente, en que tiene gran confianza. Su tratamiento completo es como sigue:

Tratamiento del doctor Spilsbury. «Doy primeramente, dice, tartrato de potasa y de antimonio á la dosis de un decígramo (2 granos) cada cuatro horas. Despues, por la noche, cuando el enfermo está en la cama, le hago tomar una cucharada de vino en una taza de suero, ó media cucharada de aguardiente en una taza de cocimiento de avena caliente. Por este tratamiento se escita la perspiracion, la secrecion se aumenta y se hace menos viscosa, y los estertores disminuyen notablemente.»

Temiendo los inconvenientes de los estimulantes espirituosos, C. Badham prescribe con preferencia el *carbonato* y *el acetato de amoniaco*, que segun él tienen una eficacia indisputable. Las preparaciones siguientes bastan para llenar las indicaciones:

Pocion sudorífica.

℞	Acetato de amoniaco..........	60 gram. (℥j)
	Miel despumada..............	30 gram. (℥j)
	Infusion de sauco............	250 gram. (℔ß)

Se toma á cucharadas.

O bien la emulsion siguiente :

℞	Carbonato de amoniaco.......	10 gram. (ʒijß)
	Goma arábiga...............	40 gram. (ʒx)
	Aceite de almendras dulces...	90 gram. (℥iij)
	Agua.......................	440 gram. (℥xjv)

Se hace una emulsion, que se toma á cucharadas.

Estos últimos medicamentos, cuya utilidad es por lo menos dudosa en la bronquitis aguda, han sido mas frecuentemente usados en la bronquitis crónica.

En los casos muy raros en que la bronquitis se ha manifestado francamente intermitente, se ha recurrido con buen éxito al sulfato de quinina; esto es lo que se ha verificado en la observacion citada mas arriba (véase pág. 495).

Los medios que acabo de revisar se han usado principalmente en los dos primeros períodos de la enfermedad. Generalmente, cuando disminuye la calentura, la tos cesa de ser dolorosa, y la espectoracion se hace fácil, se suspende el uso de todo medicamento, y se abandona á sí misma una enfermedad que tiende naturalmente á la curacion. Solo en el caso en que la bronquitis se prolongue escesivamente, es cuando se ha acudido á nuevos medios; pero entonces tiene tendencia á pasar al estado crónico, y se administran los remedios contra la bronquitis crónica. Por consiguiente, seria esponerse á repeticiones inútiles, si presentásemos aquí esta medicacion, sobre la cual me he de estender mucho cuando trate de esta enfermedad.

Solo añadiré algunas palabras acerca de *ciertos* medios particulares que no se han sometido á suficientes esperimentos. Ellottson recomienda el uso del *protocloruro de mercurio (calomelanos)* interiormente, de manera que produzca un efecto marcado en la boca y aun una salivacion abundante: práctica que á la verdad no se ha acreditado.

Toulmouche (1) asegura haber obtenido buenos efectos del uso de las fumigaciones de *cloro* en la bronquitis aguda, con lo que principalmente evitaba que pasase al estado crónico. Para que estas observaciones tuviesen un valor real, seria menester saber en qué proporcion de casos y en que circunstancias la bronquitis aguda tiene tendencia á pasar al estado crónico; mas precisamente esto es lo que ignoramos.

Muchos médicos usan el *vejigatorio* al pecho y la *rubefaccion* por medio de *sinapismos* y del *aceite de croton tiglio;* pero si estos medios tienen alguna eficacia, es solo en la época en que se han disipado todos los síntomas de agudeza, y en la que por consiguiente, la enfermedad ha tomado todos los caracteres

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1838.

Digitized by Google

de la bronquitis crónica. Si se quisiera usar de estos medios cuando la enfermèdad no haya perdido enteramente los caracteres del estado agudo, se correria riesgo de ver que se aumentaba la calentura y se agravaba el estado del enfermo. Por último, paso en silencio los *diuréticos*, preconizados por algunos autores, sobre cuya accion no tenemos ningun dato importante.

3.° *Bronquitis capilar general.* Todos los autores estan conformes en prescribir un tratamiento enérgico en esta temible forma de la bronquitis, que segun Chomel y Blache, y como he manifestado en el escrito (1) mencionado mas arriba, debe tratarse lo mismo que las pulmonías mas graves. Asi pues, se usarán con perseverancia la *sangría general* abundante y repetida en los adultos; las *sanguijuelas* en número de cuatro á quince segun la edad, en los niños ; los *vomitivos* á alta dosis, los *revulsivos cutáneos* y los *purgantes enérgicos*.

Alguna vez se ha tratado con buen éxito esta especie de bronquitis por *el tártaro estibiado á alta dosis*, como en los ejemplos citados por Laennec y Teallier (2). En el sugeto de la observacion referida por este último autor, se llegó á dar el tártaro estibiado á la dosis de 60 centígramos (doce granos), y se le sustituyó mas tarde por 30 centígramos (seis granos) de quermes, á causa de no querer el enfermo tomar ya la pocion estibiada.

El doctor Fauvel (*lug. cit.*, pág. 86), despues de haber espuesto el tratamiento que se habia empleado en los sugetos sometidos á su observacion, y de haber hecho notar su poca eficacia, traza de la manera siguiente la regla de conducta que, segun todas las probabilidades, debe tener mas feliz éxito.

TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS GENERAL PROPUESTO POR FAUVEL.

Primer período. 1.° Sangría al principio, y con preferencia sangría general, en cuanto la edad lo permita. Cuando sea menester recurrir á las sanguijuelas, se deberán aplicar al ano ó la base del pecho; pero conviene ser sóbrio en el uso de este medio en los niños muy pequeños y en los sugetos debilita-

(1) *Bull. génér. de thér.* (*De la bronch. cap.*, etc.) abril 1847.

(2) *Du tartre stibié et de son emploie dans les maladies*, p. 276; Paris, 1832.

Digitized by Google

dos. Despues del período de invasion, es menester abstenerse de ellas, porque debilitarian inútilmente al enfermo.

2.° En los niños:

℞ Tartaro estibiado........... 5 centígram. (1 g̃)
Ipecacuana.................. 1 gram. (20 g̃)

Mézclese y divídase en cinco dosis iguales, que se toman de media en media hora, hasta que produzca un efecto emético suficiente.

3.° Cataplasmas sinapizadas ambulantes á las piernas. Fricciones secas ó hechas mas estimulantes por medio de una tintura aromática, ó bien numerosas ventosas secas, ó en fin, las grandes ventosas de Junod.

4.° Bebidas emolientes dadas en pequeña cantidad cada vez y con frecuencia.

Segundo período. 1.° Continuar los vomitivos, pero en dosis refractas, para producir frecuentes náuseas y esfuerzos para vomitar. Titilar la campanilla con las barbas de una pluma, y hacer fricciones sobre el esternon con la *pomada de Autenrieth.*

2.° Evitar el decúbito dorsal, hacer alternar el decúbito anterior sobre un plano inclinado, sobresaliendo la cabeza por encima de este plano, con el decúbito lateral, ó la posicion sentada. De cuando en cuando pasear á los niños en brazos, pero bien arropados. Hacer tomar estas posiciones favorables siempre que se sienta la necesidad ó el deseo de espectorar. Rodear el vientre de un vendaje de cuerpo medianamente apretado para favorecer la contraccion de los músculos abdominales.

3.° Reemplazar la tisana emoliente por las siguientes:

℞ Raiz de polígala de Virginia... 20 gram. (ʒv)
Agua....................... 1000 gram. (℔ij)

Se cocerá hasta que se reduzca á la mitad, y se añadirá:

Jarabe de hisopo............ 45 gram. (℥jß)

ó bien:

℞ Flores de arnica.............. 5 gram. (90 g̃)
Agua hirviendo.............. 1000 gram. (℔ij)

Se infunde por el espacio de media hora, se cuela y se endulza con:

Jarabe de cáscara de naranja. 50 gram. (℥jß)

Se hace tomar á cucharadas el looc siguiente:

Digitized by Google

℞ Looc blanco.................. 120 gram. (℥jv)
Goma amoniaco.............. 1 gram. (18 ℈)

4.° En el caso en que esta medicacion fuera insuficiente, y las fuerzas del enfermo se hallasen enteramente abatidas, se recurrirá como medio estremo á la *estricnina* ó á la *nuez vómica*, y para esto se harán fricciones en el torax con la tintura alcohólica de la nuez vómica, ó bien se dará una cucharada de café por mañana y noche de la pocion estimulante de Magendie.

5.° Se continuará con el uso de los sinapismos y grandes ventosas, desechando los vejigatorios.

6.° Si la enfermedad se prolongase, ó si el niño cayese rápidamente en la postracion, se sostendrán las fuerzas con alimentos ligeros, tales como el caldo, la leche tomada en corta cantidad, y un poco de agua mezclada con vino.

Tal es el método de tratamiento propuesto por Fauvel. Los consejos que da estan fundados en un conocimiento profundo de la enfermedad, por lo cual se podrán seguir con esperanza de buen éxito; pero seria prematuro decidirse por esta medicacion antes que la esperiencia la haya sancionado. Por lo demas, la medicacion que se ha espuesto en el artículo *crup* podrá ofrecer al práctico preciosos recursos.

Si la bronquitis tomase el carácter *gangrenoso*, como en el caso referido por Martin Solon (1), se deberia, á imitacion suya, prescribir las *fumigaciones cloruradas* que se prepararian de la manera siguiente:

Se pone en un aparato de Wolf de 500 á 600 gramos (℥xvj á ℥xjx) de *cocimiento de malvabisco* á 35 ó 40 grados, y se añada 50 gramos (1 ½ onza) de *cloruro de cal líquido*. Se hacen inspiraciones tres ó cuatro veces al dia, si el enfermo puede soportarlas.

Ademas de esto, Martin Solon ha hecho añadir 30 gramos (1 onza) de *cloruro de cal líquido en la bebida*, y da de 30 *á* 60 *gramos* (1 á 2 onzas) *de agua de brea por mañana y noche*.

Resúmen; prescripciones. No creo que sea menester recordar el tratamiento de la bronquitis leve, ni formularle en prescripciones, pues los medios son demasiado sencillos; asi pasaré al tratamiento de la bronquitis febril medianamente estensa.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, enero 1849.

Digitized by Google

PRESCRIPCION I.

BRONQUITIS FEBRIL EN UN ADULTO.

1.° Infusion de flores de violeta, malva y amapola endulzada con jarabe de culantrillo.

2.° En los casos mas graves una sangría de 350 á 400 gramos (11 á 13 onzas).

3.° ℞ Maná.......................... 30 gram. (℥j)

Disuélvase en una taza de leche y se toma de una sola vez.

4.° Por la noche, una píldora de 2 á 5 centígramos (de medio á un grano) de estracto tebaico.

5.° Dieta y quietud.

En esta prescripcion se podrán variar las preparaciones opiadas.

PRESCRIPCION II.

BRONQUITIS FEBRIL EN LOS NIÑOS MENORES DE OCHO AÑOS.

1.° Se reemplaza la sangría general por una, dos ó seis sanguijuelas, segun la edad.

2.° En lugar del estracto de opio, se hace tomar de una á seis cucharaditas de café de jarabe de adormideras.

3.° Cataplasmas emolientes al pecho.

Lo demas como en la prescripcion precedente.

PRESCRIPCION III.

BRONQUITIS FEBRIL MAS INTENSA Ó MAS ESTENSA EN EL ADULTO.

1.° Sangría de 400 gramos (13 onzas), repetida al dia siguiente si fuese necesario.

2.° Se hará una fumigacion narcótica, segun la fórmula indicada en la pág. 504).

3.° Se pone en suspension en cada jarra de tisana 5 centígramos (un grano) de tártaro estibiado.

Digitized by Google

4.° Todas las noches una píldora de 2 á 5 centígramos (de $^{2}/_{5}$ de grano á 1 grano) de estracto de estramonio.

5.° Dieta y permanecer en cama.

Tales son los medios que ordinariamente se emplean y casi siempre bastan en esta enfermedad, que si bien por lo general es poco grave, puede en algunas circunstancias ofrecer algun peligro. No me parece necesario formular las medicaciones especiales propuestas por algunos autores, como la de los estímulantes espirituosos de Laennec, y la prescripcion de los estimulantes sudoríficos de C. Badham, porque se ha hablado ya bastante de ellos mas arriba.

TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.

PRESCRIPCION IV.

BRONQUITIS SUFOCANTE EN EL ADULTO, PERÍODO DE INVASION.

1.° Tisana emoliente.

2.° Sangría general mas ó menos abundante, y mas ó menos repetida segun las fuerzas.

3.° ℞	Tártaro estibiado.....	10 á 30	centígram.	(2 á 6 ℈)
	Jarabe de diacodion..	30	gram.	(℥j)
	Agua destilada de flor de tilo............	120	gram.	(℥jv)
	Jarabe de malvabisco.	25	gram.	(ʒvj)

Se toma á cucharadas, de cuarto en cuarto de hora.

4.° Sinapismos á las piernas; fricciones secas en las paredes del pecho y á los miembros.

5.° Dieta absoluta.

PRESCRIPCION V.

BRONQUITIS GENERAL EN EL ADULTO, SEGUNDO PERÍODO.

1.° Para bebida, cocimiento de polígala de Virginia ó infusion de arnica.

Digitized by Google

2.° ℞	Emetina pura............	5 centigram.	(1 g̃)
	Agua....................	160 gram.	(℥v)
	Jarabe de flor de naranjo..	30 gram.	(℥j)

Se toma á cucharadas á fin de escitar náuseas y arcadas.

3.° Decúbito anterior, alternando con el decúbito lateral y la postura sentada.

4.° Vendaje de cuerpo medianamente apretado al rededor del vientre.

5.° Se continúa usando los sinapismos y friegas.

En los *niños* se empleará el mismo tratamiento; pero se reemplazará la sangría general con sanguijuelas, y el tártaro estibiado con la ipecacuana.

En los casos de abatimiento completo de fuerzas se recurre á la estricnina y á la nuez vómica, como se ha dicho anteriormente (pág. 512).

Breve resumen del tratamiento.

1.° *Bronquitis leve.* Emolientes, narcóticos poco activos, ligeros purgantes, y revulsivos.

2.° *Bronquitis febril capilar.* Demulcentes, emisiones sanguíneas, narcóticos, vomitivos, purgantes, estimulantes espirituosos y sudoríficos.

3.° *Bronquitis capilar general. Primer período:* sangría, vomitivos, tártaro estibiado á alta dosis, revulsivos, emolientes, decúbitos. *Segundo período:* escitantes ligeros, estricnina ó nuez vómica.

ARTICULO III.

BRONQUITIS CRÓNICA.

Esta afeccion, que tanto ha fijado la atencion de los médicos modernos, ha sido tratada de una manera confusa por los antiguos. No es esto decir que estos últimos hayan descuidado los numerosos casos de *tos crónica* que se les presentaban, sino que no permitiéndoles las ideas que tenian acerca de la

Digitized by Google

naturaleza de la enfermedad conocer siempre la existencia de la inflamacion de la mucosa, no veian por lo regular mas que un simple flujo, ó si admitian una lesion del órgano era una lesion profunda. Si se dudase de la verdad de esta asercion bastaria el nombre de *tos*, bajo el cual se hallan tan frecuentemente descritas las diversas especies de catarros en los autores, para manifestar cuán vagas eran sus ideas, puesto que la tos no es mas que un síntoma de un gran número de afecciones diferentes.

P. Frank (1) ha sido uno de los primeros en hacer notar que la tos, que parece desempeña el principal papel, pero que es un fenómeno propio, tanto del catarro como de otras muchas afecciones, es solo un síntoma y no constituye por sí sola la enfermedad.

Sauvages (2) ha oscurecido singularmente la cuestion queriendo especificar demasiado y entrar en largos pormenores. Ademas del *constipado* y el *catarro*, de los que hace dos enfermedades diferentes, admite una tercera especie, á la que da el nombre de *Anacatharsis* (clas. IX, *Fluxus;* órden III, *Serifluxus*), que se diferencia de las dos primeras y se divide en Anacatarsis biliosa, *A.* tísica, *A.* producida por una vómica, *A.* puriforme y *A.* asmática. Esta simple esposicion basta para probar que por la palabra *anacatharsis*, Sauvages no queria designar una simple broncorrea.

Laennec, que ha conservado en parte las antiguas divisiones, ha admitido un catarro mucoso crónico (catarro crónico propiamente dicho), un catarro pituitoso crónico, uno latente, y por último, un catarro seco sobre el cual ha llamado especialmente la atencion. Esta division no puede admitirse, porque no está fundada sino en variedades de síntomas, ó en circunstancias que por sí mismas no pueden dar á la enfermedad un carácter particular.

Pudiera citar otras muchas divisiones propuestas por diversos autores; pero no estan mejor fundadas. Por esta razon trataré en un solo artículo de todas las especies de bronquitis crónicas admitidas hasta el dia. En cuanto á la *broncorrea cró-*

(1) *Traité de médecine pratique;* Paris, 1842, t. I, p, 422.
(2) *Nosol. method.,* t. I; Amst., 1768.

Digitized by Google

nica, debo decir anticipadamente que no he encontrado observaciones de ella bien convincentes; pero esta es una cuestion que se discutirá mas adelante.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La bronquitis crónica es la inflamacion crónica de la mucosa de los bronquios, ya que esta inflamacion haya sucedido á una bronquitis aguda, ó ya que se haya presentado de repente. Esta afeccion se conocia entre los antiguos bajo las denominaciones de *catarrhus*, *destillatio pectoris* y *tussis;* pero hasta estos últimos tiempos no se le ha aplicado el nombre de bronquitis, pues antes se le daban los de *catarro mucoso* agudo ó crónico, *catarro pituitoso*, *catarro seco*, *etc.*.

La bronquitis crónica no es una enfermedad rara especialmente en los ancianos; pero es mucho menos *frecuente* que lo que se creia antes de que los progresos de la anatomía patológica, y sobre todo que el descubrimiento de la auscultacion, la hubiesen hecho distinguir de otras muchas enfermedades crónicas, y en particular de la tisis, con las cuales se la confundia frecuentemente.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Todos saben que la frecuencia de la bronquitis varía segun la *edad*. Asi pues, en los ancianos es una enfermedad bastante comun, los niños la presentan mas rara vez, y los adultos casi nunca la padecen, á no ser que esta enfermedad acompañe al enfisema pulmonar, ó sea sintomática de una afeccion crónica.

No tenemos suficientes observaciones para poder decir positivamente si un *sexo* está mas predispuesto á ella que el otro. Sin embargo, si se considera que los hombres estan mas espuestos que las mugeres á contraer la bronquitis aguda, y

Digitized by Google

que por otra parte, los ataques mas ó menos frecuentes de esta afeccion pueden terminarse por la bronquitis crónica, nos veremos inclinados á admitir que los hombres la padecen mas que las mugeres.

Se ha considerado como una causa predisponente de la bronquitis crónica, una *constitucion* débil y un *temperamento* linfático y escrofuloso; pero en semejante caso ¿no se ha tomado muchas veces una afeccion crónica grave por una bronquitis crónica simple?

La *repeticion* mas ó menos frecuente de *ataques* de bronquitis aguda es, como acabo de decirlo, una causa de bronquitis crónica, de lo cual Andral (1) cita muchos ejemplos. Se ha dicho que la *repercusion* de las erupciones cutáneas y la supresion de diversos flujos ó de un exutorio podian producir la bronquitis crónica; mas esta asercion necesita confirmarse por hechos bien observados.

No hablo aquí de las enfermedades del corazon, de los pulmones y de los bronquios, que segun los autores predisponen á esta afeccion, porque cuando la bronquitis crónica sobreviene en personas que padecen estas enfermedades orgánicas, es puramente sintomática. Ya volveré mas adelante á tocar este punto.

En cuanto á la influencia del enfisema pulmonar, las opiniones estan muy divididas. Unos creen que este enfisema predispone á la bronquitis, y otros por el contrario, consideran á la bronquitis como la causa primera del enfisema; pero esta cuestion se discutirá en la historia de esta última enfermedad.

2.° Causas ocasionales.

Las causas ocasionales de la bronquitis son muy poco conocidas, bien porque son insuficientes las investigaciones que se han hecho respecto de ellas, ó porque estas causas se ocultan á nuestros medios de investigacion. Se ha creido observar que la *esposicion permanente al frio* de los sugetos ocupados en trabajos mas ó menos penosos, ocasiona la bronquitis crónica, y que sucede lo mismo cuando en el curso de un costipado el enfermo se

(1) *Cliniq. médic.*, t. III.

Digitized by Google

espone imprudentemente á las *variaciones de temperatura*, de suerte que da lugar á varios ataques de bronquitis aguda. En fin, Laennec y Stoll (1) miran como una causa evidente de la prolongacion indefinida de la bronquitis á las *emisiones sanguíneas* demasiado abundantes practicadas en esta enfermedad; pero es menester decirlo, estos autores no citan ningun hecho en apoyo de esta asercion, que sin embargo tenia tanta necesidad de pruebas, y que se puede, sin que se deba atribuir á escepticismo, considerar mas bien como una especulacion teórica que como la espresion de un resultado práctico.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los síntomas de la bronquitis crónica se han estudiado con el mayor esmero, especialmente en estos últimos tiempos, y bajo este aspecto la historia de esta enfermedad nada deja que desear.

Invasion. La afeccion principia algunas veces con los caracteres que debe conservar mas adelante, es decir, que se declaran síntomas poco intensos ó signos de una irritacion ligera, al mismo tiempo que una espectoracion mas ó menos abundante, y la enfermedad continúa luego sin presentar grandes modificaciones. Pero mas frecuentemente empieza por un catarro agudo mas ó menos intenso, que habiendo llegado á su último período no cesa y se prolonga de un modo mas ó menos continuo durante mucho tiempo.

Síntomas. Es bastante frecuente que no haya ninguna especie de *dolor* en el pecho, y cuando existe es pequeño, ó si se hace mas intenso en el curso de la enfermedad, es porque hay una exacerbacion momentánea. Este dolor es vago, sin embargo de que se siente mas particularmente detrás del esternon. El doctor Andral *(obs. citada)* ha observado tambien una sensacion de plenitud en el pecho. La *tos* es un síntoma constante, y siendo por lo comun blanda y fácil, se hace por la mas ligera exacerbacion, penosa, dificil y repite por accesos. Estos cambios se efectúan principalmente cuando los esputos trasparentes y visco-

(1) *Ratio medendi*, pars. III (*Ephemerid.*, 1778).

Digitized by Google

sos no se desprenden sino con trabajo; á veces la tos escita el vómito, como en un ejemplo referido por Andral. Por lo general la tos es mas frecuente por la mañana y la noche que por el dia, lo que depende de la abundancia de la espectoracion.

Los caracteres de la *materia espectorada* varían mucho. Las mas veces es bastante abundante, y consiste en esputos opacos, de color blanco sucio, agrisados ó verdosos, que forman anchas masas, de bordes lisos, sin estrías y sin ninguna burbuja de aire. Ordinariamente estos esputos tienen cierta cantidad de líquido blanquecino, semejante á la saliva mas ó menos mezclada con aire. En uno de los casos citados por Andral, nadaban en un líquido abundante parecido á la serosidad. Laennec refiere un caso semejante, como un ejemplo de la forma á que ha dado el nombre de *catarro mucoso*. Algunas veces los enfermos no espectoran mas que un líquido sin color, trasparente, filamentoso, mas ó menos espumoso en la superficie, y que cuando se quita esta espuma se asemeja á la clara de huevo diluida en agua. La cantidad de este líquido puede ser considerable, pues se ve que algunos enfermos llenan muchas escupideras al dia. Esta especie de catarro es la que ha recibido de unos el nombre de *catarro pituitoso*, y de otros el de *broncorrea;* pero como este flujo de ningun modo escluye los síntomas de irritacion de los bronquios, y por otra parte, como lo ha hecho notar Laennec, se le ve con frecuencia unido á la espectoracion del catarro mucoso, no creo que se deba admitir esta distincion hasta que nuevas investigaciones hayan probado que es realmente útil. Otras veces, por el contrario, la materia espectorada es bastante escasa, los esputos son, como ha dicho Laennec, muy pequeños, redondeados y perlados *(sputa margaritacea)*. Esto es lo que el autor ha llamado *catarro seco*, afeccion en su opinion bastante frecuente que no llama la atencion de los enfermos, y que puede ser, por consiguiente, de mucha duracion. Tal es la espectoracion en la bronquitis crónica, la cual como se ve, presenta grandes diferencias, aunque estas, repito, no son verdaderamente capitales ni anuncian una lesion particular.

La *respiracion* es por lo comun poco dificil y con frecuencia no hay disnea, á lo menos durante la mayor parte del dia. Sin embargo, puede hacerse notable por momentos cuando la espectoracion es mas abundante y mas dificil: asi que no es raro

Digitized by Google

ver cesar la disnea inmediatamente despues de la espectoracion. Hay un caso en que la dificultad de respirar es estremada, y es cuando se ha acumulado una cantidad considerable de moco en una ó muchas de las grandes ramificaciones bronquiales é intercepta completamente el paso al aire, de lo que se ven algunos ejemplos en las observaciones referidas por Andral.

Cualquiera que sea la forma que afecte la bronquitis crónica, la *percusion* no suministra ningun carácter propio para darla á conocer. En los casos que no sucede asi es porque existe una complicacion.

No ocurre lo mismo con la *auscultacion*, pues este medio de exámen es el que mas ha servido para llegar á conocer á fondo la historia de los diversos catarros admitidos por los antiguos, habiéndonos enseñado Laennec, asi sobre este punto como sobre otros muchos relativos á la *auscultacion*, todo lo que sabemos en el dia.

En la parte posterior del pecho, asi como en la inferior y laterales, se oye un estertor formado de burbujas mas ó menos gruesas y mas ó menos húmedas, al cual Laennec daba el nombre de *estertor mucoso*, y que despues se ha designado mas generalmente con el de *subcrepitante*. La estension en que se percibe este ruido es muy variable, y mas considerable por lo general en el lado derecho que en el izquierdo. En las demás partes del pecho, y sobre todo hácia la raiz de los bronquios, se oye á veces un *estertor sibilante y con ronquido*, que anuncia un pequeño grado de inflamacion en una gran parte del pecho. Segun Laennec (*lug. cit.*, pág. 147), el ruido respiratorio adquiere en ciertos catarros crónicos el carácter pueril en casi toda la estension del pulmon, «y sin embargo, añade, á pesar de esta respiracion enérgica que no puede considerarse sino como supletoria, los enfermos esperimentan constantemente una disnea que algunas veces se hace estremada, aun en el estado de quietud, y constituye el asma húmedo de los prácticos.» Estos casos no han sido notados por otros observadores, y si es que existen se deben mirar como escepciones muy raras. Quizás en los sugetos observados por Laennec habia alguna complicacion, que es la única que pudiera esplicarnos esta anomalía.

En la forma de catarro llamado *pituitoso* se ha encontrado una mezcla de estertor sonoro, sibilante, subsibilante (Laennec),

Digitized by Google

de estertor con ronquido, que imita el ruido de una cuerda de violonchelo ó el canto de la tórtola, y en fin, el estertor subcrepitante. Se ve pues que no hay una grande diferencia entre estos resultados y los que ha dado el exámen de los enfermos que padecian el catarro mucoso comun.

En la variedad que se ha designado con el nombre de catarro seco, no se oye estertor subcrepitante, sino un estertor sibilante en una corta estension del pecho. Algunas veces ha observado Laennec un sonsonete análogo al de una valvulita; ruido raro que apenas se percibe sino en las espiraciones profundas, antes ó despues de la tos, y que segun este autor es debido al movimiento de un esputo perlado agitado por el paso del aire.

Cuando sobreviene una de estas exacerbaciones, que son frecuentes en el catarro crónico, estos caracteres estetoscópicos se modifican mas ó menos y se trasforman en los del *catarro agudo* que he descrito estensamente mas arriba (véase *Bronquitis aguda*).

A pesar de la existencia de todos estos síntomas, la salud general se conserva ordinariamente bastante bien. No hay habitualmente fiebre, ni perturbacion de las funciones digestivas, ni debilidad, ni enflaquecimiento. No sucede lo mismo cuando hay exacerbaciones y la bronquitis toma los caracteres del estado agudo; porque entonces los síntomas pueden ser mas intensos que los de una bronquitis aguda en un sugeto cuyos pulmones estaban enteramente sanos. Quizás estas exacerbaciones son las que han hecho admitir en ciertos casos la existencia de la calentura y de un enflaquecimiento marcado en la bronquitis crónica. Algunas veces se han notado síntomas de calentura hética; pero examinando atentamente el corto número de buenas observaciones que tenemos, no he hallado ni un solo caso en el que se pueda afirmar que no existia una complicacion de otra enfermedad crónica, ya de los pulmones, ya del corazon ó de un órgano mas distante.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es muy variable. Por lo comun los enfermos no esperimentan casi ningun accidente durante el

Digitized by Google

buen tiempo, al paso que en el invierno se hallan generalmente mas oprimidos, tienen una espectoracion mas abundante, y son atacados una ó muchas veces de una bronquitis aguda que les fatiga mucho, dura regularmente largo tiempo, y deja tras sí un estado penoso que se disipa con lentitud. Algunas veces se ven sugetos que habiendo tenido durante algunos años muchas exacerbaciones por el invierno, quedan dos ó tres años sin esperimentarlas, y despues vuelven á ser acometidos como antes.

La *duracion* de la enfermedad es ilimitada. Cuando el catarro ha pasado al estado crónico en un anciano, es de temer que continúe hasta el fin de su existencia.

Se ha dicho que la bronquitis aguda podia *terminarse por la muerte*. No es de estrañar que los antiguos hayan tenido esta opinion, puesto que pensaban que la tos que duraba mucho tiempo, es decir, el catarro, podia producir la tisis pulmonar (1). En cuanto á los observadores que han escrito en los últimos veinte años, es fácil ver cuánto ha cambiado su opinion á medida que se han conocido y aplicado mejor la percusion y la auscultacion. Hace veinte años se creia que el catarro pulmonar era una enfermedad frecuentemente mortal, como se puede juzgar por los registros mortuorios de la Salitrería, y entonces se designaba muy rara vez á la tisis pulmonar y la pulmonía como causa de la muerte. Mas adelante, cuando el exámen de los signos físicos ha venido á ilustrar el diagnóstico, y cuando se ha estudiado con cuidado la anatomía patológica, estas dos últimas enfermedades se han hecho mas frecuentes, y la primera casi ha desaparecido de los indicados registros. No he hallado un solo caso en el que la muerte fuese ocasionada por solo los progresos de la bronquitis crónica. Las mas veces se declara durante el invierno, en lugar de un simple catarro como acontecia en los inviernos precedentes, una pulmonía, á la que se ha dado el nombre de catarral, que arrebata al enfermo. Otras veces es una bronquitis aguda, pero tan estensa, que constituye la enfermedad anteriormente descrita bajo la denominacion de bronquitis capilar general, cuya suma gravedad tengo manifestado. Los antiguos han designado á esta última enfermedad con el nombre de *peripneumonia notha*.

(1) Baglivi, *Praxeos medicæ*, liber. I, *De tussi*.

Digitized by Google

En cuanto á la terminacion por la curacion, es preciso decir que es rara, y casi no se ha observado sino en sugetos jóvenes que no tenian mas que un catarro agudo que habia pasado al estado crónico. Algunas veces se ha obtenido esta terminacion favorable por el cambio de clima y de costumbres.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Se han estudiado principalmente estas lesiones en los casos en que la bronquitis existia como complicacion.

Se ha encontrado la mucosa bronquial de un color rojo morado, pardusco ó agrisado. Unas veces esta coloracion ocupa una estension bastante considerable del árbol bronquial, y otras se presenta en placas irregularmente diseminadas. Se nota tambien la pérdida de trasparencia, el reblandecimiento y engrosamiento de esta membrana; y además su superficie, en lugar un aspecto liso y brillante, está empañada, rugosa y llena de granulaciones muy pequeñas.

La cavidad de los bronquios contiene una cantidad generalmente notable de moco puriforme ó viscoso, segun que la inflamacion ha tomado ó no los caracteres del estado agudo hácia el fin de la existencia. Algunas veces se hallan gruesos pelotones mucosos endurecidos, obstruyendo ramos bronquiales considerables, de lo que ha referido Andral algunos ejemplos, como he dicho mas arriba.

Tambien se observa alguna vez en los sugetos que padecen desde muchos años una bronquitis crónica, la *dilatacion* y mas rara vez la *estrechez* de los bronquios; pero estas dos lesiones, y sobre todo la primera, dan lugar á síntomas bastante importantes para merecer una descripcion á parte, por lo cual no he hablado de ellas en este artículo.

En fin, se han encontrado algunas veces los ganglios bronquiales mas voluminosos que en el estado normal.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Ya hemos visto que la bronquitis crónica presentaba por

Digitized by Google

intervalos variables exacerbaciones que le daban todos los caracteres de la bronquitis aguda. Solo los conmemorativos pueden en este caso enseñarnos si esta bronquitis aguda se ha desarrollado ó no durante el curso de un catarro crónico. En cuanto al diagnóstico que se ha establecido entre la bronquitis aguda y la crónica, me parece demasiado sencillo para indicarle aqui.

Unicamente haciendo un exámen muy superficial se pudiera confundir la bronquitis crónica con la pulmonía tambien crónica, la cual por otra parte es mucho menos frecuente. La falta de sonido á macizo, de la respiracion bronquial, de todo movimiento febril y del enflaquecimiento, harán siempre conocer fácilmente que se trata de una simple bronquitis y no de una pulmonía. Además de esto, en la bronquitis existe el estertor subcrepitante en ambos lados del pecho, lo que es por lo menos muy raro en la pulmonía. No es mas dificil distinguir la *pleuresia crónica* de la enfermedad de que nos ocupamos. En la primera el sonido á macizo en mayor ó menor estension del pecho, la debilidad del ruido respiratorio en el mismo punto, su distancia del oido, su timbre seco que le da el carácter bronquial en los puntos en que se oye mas fácilmente, bastan para asegurar el diagnóstico, sin que sea menester recurrir á la diferencia de la espectoracion y al estado general del enfermo.

Cuando *la tisis pulmonar* ha llegado á un período avanzado, no presenta mayores dificultades para diferenciarla de la bronquitis crónica. El sonido á macizo debajo de las clavículas, la respiracion cavernosa, la pectoriloquia, etc., no permiten dudar de la existencia de la tisis. Pero cuando esta enfermedad se halla en su principio, los signos físicos son mucho menos marcados, y entonces pudiera haber alguna incertidumbre. Por lo tanto, se examinará con cuidado el estado general y los síntomas locales que presentan los enfermos, y si hay un decaimiento que guarda poca relacion con los síntomas locales, palidez, debilidad y sudores nocturnos, se sospechará que existe una tisis pulmonar mas bien que la bronquitis. Si durante mucho tiempo es seca la tos, ó no produce mas que la escrecion de esputos muy poco abundantes, sin caracteres particulares, si hay dolores entre las escápulas, una disnea bastante marcada, y un ligero movimiento febril por la tarde, la certeza se aumenta. En fin, si se reconoce

Digitized by Google

la falta completa del estertor subcrepitante en la parte posterior del pecho, y por el contrario, debajo de las clavículas una alteracion cualquiera del ruido respiratorio, tal como la debilidad en una parte, un poco de aspereza, la prolongacion de la espiracion y algunos crujidos, no se podrá dudar de la existencia de la tisis y se deberá desechar la idea de una bronquitis crónica.

Si se ha creido que el *enfisema pulmonar* podia confundirse con la bronquitis crónica, es porque en la primera de estas dos enfermedades hay con frecuencia cierto grado de catarro, y siempre una disnea mas ó menos considerable. Por lo demás, dejo el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones para el artículo en que trate del enfisema.

Finalmente, se ha tratado de distinguir la bronquitis crónica de la *dilatacion de los bronquios;* pero en el mayor número de casos, si no es en todos, esta dilatacion de los bronquios es una consecuencia de la bronquitis; por lo tanto, cuando me ocupe de ella, bastará indicar los carácteres particulares que presenta.

Pronóstico. Ya se ha visto por lo que he dicho al hablar de la terminacion de la enfermedad, que la bronquitis crónica no es peligrosa por sí misma; pero los sugetos que la padecen estan espuestos á contraer una pulmonía mortal. La bronquitis aguda, que tan frecuentemente sobreviene en ellos, tiene mas tendencia á ocupar gran estension de los bronquios, y á hacerse por consiguiente muy grave. Por último, la bronquitis crónica produce algunas veces la dilatacion de los bronquios. De todo lo que precede resulta que esta afeccion es realmente grave, y exige los mayores cuidados, sobre todo en los ancianos, que estan mas espuestos que los adultos á los accidentes que acabo de enumerar.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Si hemos tenido mucha dificultad para descubrir en las observaciones demasiado incompletas que tenemos, algunos resultados positivos respecto de las causas, síntomas y diagnóstico,

Digitized by Google

de la bronquitís, todavía la esperimentamos mayor cuando nos ocupamos del tratamiento, fundado con demasiada frecuencia en una esperiencia poco concluyente ó en opiniones teóricas. Sin embargo, voy á esponer metódicamente lo que de mas cierto nos han enseñado los observadores.

Emisiones sanguíneas, emolientes. Estos medios se han empleado generalmente muy poco en la bronquitis crónica. En estos últimos tiempos, Broussais (1) los ha preconizado en esta afeccion como en todas las inflamaciones crónicas. Sin embargo, leyendo sus observaciones, se ve que casi no se los ha aplicado sino á los casos en que una exacerbacion marcada habia hecho pasar la enfermedad al estado agudo. A lo menos, esto es lo que se puede decir de las emisiones sanguíneas, que Broussais ha escaseado mas en esta enfermedad que en otras.

Rara vez se ha usado là *sangría general*. No obstante, Armstrong (2) alaba los efectos de las sangrías muy pequeñas practicadas con intervalos bastante cortos. Este mismo médico mira como muy perjudiciales las sangrías demasiado abundantes, y ya he dicho que muchos autores, entre los que se deben citar á Laennec y Stoll, pensaban que las grandes emisiones sanguíneas perpetuaban los catarros crónicos. Asi pues, se ve que nada hay de exacto acerca del uso de este medio, por lo cual el práctico es quien debe juzgar si la existencia de ciertos síntomas del estado agudo le autoriza á recurrir á él. Las mismas reflexiones son aplicables á las *sanguijuelas* y *ventosas escarificadas* que se han usado algo mas.

Se ha prescrito los *emolientes* para completar el tratamiento antiflogístico; pero solo se han usado en los casos en que al parecer se hallaban indicadas las emisiones sanguíneas. *Una tisana pectoral* y *cataplasmas emolientes* son los medios sencillos de que se han valido Broussais y el doctor Alizard (1). En suma se puede decir que la medicacion llamada antiflogística es de muy poca importancia en la enfermedad de que tratamos.

Hay un medio análogo á esta especie de medicamento empleado por muchos médicos, y consiste en los *vapores húmedos*

(1) *Hist. des phl. chroniq.*, t. I, p. 195 y siguientes, 3.ª edicion.

(2) *Practic. illust. of the scarlat. fever, and pulm. consumpt;* London, 1818.

(3) *Bibl. méd.*, t. LXVII, p. 345, 1850.

Digitized by Google

recibidos sobre la superficie del cuerpo. El doctor Rapou (1) cita algunos casos de catarro pulmonar crónico en que los *baños generales de vapor* produjeron un éxito feliz, y Girard (2) afirma haber obtenido los mejores efectos manteniendo á los enfermos en una atmósfera cargada de vapores emolientes, ó bien introduciendo por medio de un tubo de hoja de lata, bajo las cubiertas de la cama, los que se exalan de un vaso adecuado. Bien se comprende cuánto tiene todavía que hacer la observacion para fijar definitivamente el valor de este medio, el cual conviene, sin embargo, que sea conocido.

Vomitivos y purgantes. Los vomitivos han sido muy preconizados en el tratamiento de la bronquitis crónica; pero se han empleado de diversa manera. Unas veces se han contentado con dar uno ó dos vomitivos á la dosis regular, y otras se han repetido frecuentemente, y aun se han administrado estos medicamentos á alta dosis. Laennec asegura haber obtenido por medio de los vomitivos referidos, cuanto permitian las fuerzas del enfermo y el modo con que soportaba su accion, numerosas curaciones en ancianos, y sobre todo en adultos y niños. Es pues de sentir que no tengamos pormenores de estas observaciones, á fin de juzgar cuáles eran en estos casos, la antigüedad y la gravedad de la enfermedad.

El vomitivo de que mas frecuentemeute se han servido los médicos es el *tártaro estibiado*. Para administrarle como lo hacia Laennec, se debe dar á la dosis de 5 ó 10 centígramos (uno ó dos granos) cada dos ó tres dias, ó con menos frecuencia si la accion pareciese demasiado fuerte. Thomson (3) recomienda que se dé el emético á alta dosis, y Portal prescribe 5, 10 ó 15 centígramos (uno, dos ó tres granos), repetidos cada dos ó tres horas segun las circunstancias. Jamás le ha parecido necesario aumentar las dosis á mas de 15 centígramos (3 granos). Cintrac (4) cita diez casos en que ha obtenido muy buenos efectos del uso del tártaro estibiado á alta dosis.

Algunos autores prefieren la *ipecacuana*, y entre ellos es me-

(1) *Traité de la méth. fumig.*, t. I, p. 295 y siguientes; Paris, 1824.
(2) Véase *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 65.
(3) *Lect. on cas.*, etc. (*Lond. med* Gaz., vol. II, p. 364; 1832—33.)
(4) *Journ. de méd. de Bordeaux*, octubre 1845.

Digitized by Google

nester citar principalmente á Elliotson (1), quien la considera como muy superior al tártaro estibiado, y la prescribe á la dosis de 1,50 gramos (30 granos) todas las mañanas.

En fin, se ha administrado el *sulfuro de antimonio*, que se usa mucho menos; pero como se ha dado ordinariamente á corta dosis, mas bien se le ha prescrito como espectorante que como emético. ¿Se deberá colocar á la *polígala*, tan recomendada, entre los medicamentos de que hablamos? Yo creo que no, porque las dosis á que se ha prescrito no eran suficientes para promover el vómito.

Entre los *purgantes* es preciso mencionar en primer lugar á los *calomelanos*, tan frecuentemente usados por los ingleses, asi en la bronquitis crónica como en otras muchas enfermedades. Generalmente se administran á cortas dosis, y casi asociados con otros medicamentos, ya tónicos, ya narcóticos. Algunos médicos, y entre otros el doctor Williams, han recurrido, y segun dicen con buen éxito, á la tintura de *cólchico de otoño*. Williams la prescribia á la dosis de 20 gotas al dia en una cucharada de líquido. En un caso el doctor Lembert (2) aplicó 25 centígramos (5 granos) de *acibar* sobre la superficie ulcerada de un vejigatorio, lo que produjo muchas evacuaciones copiosas; pero es imposible en la observacion citada apreciar exactamente el efecto que este medicamento produjo en la enfermedad. Finalmente, se ha prescrito el bálsamo *de copaiba* al que Meriadec Laennec parece no concede en estos casos mas que un efecto purgante; pero como otros muchos autores le han atribuido una accion especial volveré á hablar de él mas adelante.

Se ve, pues, que nada hemos hallado de positivo sobre la accion de los vomitivos y de los purgantes. Los primeros han sido mas preconizados que los segundos; pero seria de desear que observaciones mas numerosas nos ilustrasen acerca del valor de los resultados obtenidos por medio de unos y otros.

Espectorantes. Se han empleado tan generalmente en esta afeccion los medicamentos llamados espectorantes, que casi parece constituyen la medicacion principal. Sin embargo, es preciso decirlo, que estamos distantes de saber á qué atenernos res-

(1) *Lond. med. Gaz.*, vol. XII, p. 103; 1835.
(2) *Journ. des progr.*, t. VIII, p. 338; 1828.

Digitized by Google

pecto de su eficacia, ni aun está demostrado que han obrado como espectorantes en un gran número de casos que se han administrado como tales. Con el objeto de favorecer la espectoracion y *de entonar los bronquios relajados*, es por lo que en otro tiempo se administraba un gran número de remedios escitantes. Algunas fórmulas tomadas de Areteo y de Galeno servirán para dar á conocer las sustancias que empleaban y el modo de asociarlas.

Areteo recomienda los bolos siguientes:

Bolos de Areteo.

℞	Miel	25 gram.	(ʒvj)
	Trementina	8 gram.	(xiij)
	Gálbano	56 gram.	(ʒxiij)

Se cuece juntas todas estas sustancias, y cuando la mezcla hubiere adquirido suficiente consistencia, se hacen bolos del tamaño de una haba ó de una avellana, y se toma uno ó dos mañana y noche.

El mismo autor prescribia los polvos siguientes:

℞	Poleo	60 gram.	(℥ij)
	Piñas de pino	āā 10 gram.	(ʒijß)
	Semillas de cardo de María		
	Semilla de lino		
	Pimienta cocida	30 gram.	(℥j)

Pulverícese. Se toma mañana y noche una ó dos pulgaradas de estos polvos en miel cocida.

Galeno mezclaba con diversas sustancias escitantes cierta cantidad de opio. Asi pues, prescribia:

Bolos de Galeno.

℞	Estoraque	āā partes iguales.
	Gálbano	
	Goma amoniaco	
	Castoreo	
	Opio	

Háganse bolos del grosor de una almendra y se toma uno por la noche.

Desde entonces los escitantes resinosos y balsámicos, igualmente que los espectorantes propiamente dichos, se han hecho de un uso general, y se encuentran por todas partes fórmulas en que entran estos medicamentos.

Digitized by Google

Entre los *espectorantes propiamente dichos*, es menester citar el *hisopo*, la *yedra terrestre*, la *escila*, la *polígala*, el *bálsamo del Perú*, el *benjuí*, el *quermes*, la *goma amoniaco* y los *vomitivos á cortas dosis* que se emplean todos los dias, y forman parte de una multitud de fórmulas que seria muy largo enumerar aquí, y de las cuales indicaré algunas en las prescripciones.

Tambien se ha intentado llevar el medicamento hasta la misma membrana inflamada, y para conseguirlo se ha recurrido á las fumigaciones hechas con el *benjuí*, el *enebro*, la *brea* y otras sustancias *escitantes*, tales como el iodo y diversos *cloruros*. Estas fumigaciones de cloro y de iodo consisten en inspiraciones mas ó menos repetidas por medio del aparato de Gannal y Richard. Toulmouche ha empleado este medio en un gran número de casos, y deduce de sus observaciones (1) que debe administrarse el cloro en la bronquitis crónica, y que se abrevia mucho por este medio la duracion de una enfermedad tenaz, y aun á veces rebelde á toda especie de tratamiento. Este médico hace las fumigaciones de la manera siguiente:

Fumigaciones de cloro, procedimiento de Toulmouche. El aparato de que se sirve se compone de un frasco de cuello ancho, cerrado por un tapon horadado que tiene dos aberturas, una para pasar por ella un tubo de vidrio recto destinado á sumergirse en el agua, y la otra para otro tubo de doble volúmen, encorvado en ángulo obtuso y ligeramente aplanado en la otra estremidad, que es la que debe introducirse en la boca del enfermo. Cada vez que se va á hacer la fumigacion se llena la cuarta parte de este frasco de agua caliente en la cual se vierte agua clorurada gota á gota. En seguida se aplica el tapon con los tubos y el enfermo empieza á hacer aspiraciones. Estas se hacen de cuatro á seis veces al dia, por espacio de diez minutos ó de un cuarto de hora. En cuanto á la dosis del medicamento debe ser progresiva, se empieza por 10 gotas y se va aumentando todos los dias, ya solo 5 gotas, ya el doble, segun la susceptibilidad del sugeto, hasta que se haya llegado á 30 ó 40 gotas, de cuya dosis por lo regular es inútil pasar. Es menester

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1834, 2.ª serie, t. IV, p. 576, y *Journ. de méd. et chir. prat.*, t. IX, p. 342.

Digitized by Google

tambien tener cuidado de cubrir con papel negro el frasco que contiene el agua clorurada.

Algunas veces esta medicacion produce un efecto demasiado irritante, y da lugar á accidentes bastante graves de bronquitis aguda. Este es un punto sobre el cual no han insistido los autores que le han preconizado. Por esta razon el médico deberá vigilar atentamente la accion del medicamento, porque podia ser mas enérgica que lo que desea.

Segun Laennec, ha bastado algunas veces el uso interior del agua de *brea*, como bebida usual, para curar los catarros crónicos. Si se quisiera administrar este medicamento se prescribiría:

℞	Brea......................	500 gram. (℔j)
	Agua......................	10000 gram. (℔xx)

Se pone todo en una vasija á propósito, y se agita la mezcla de cuando en cuando con una espátula de madera. Despues de diez dias de maceracion, se decanta, se filtra y se endulza con cantidad suficiente de jarabe de goma ó de *bálsamo de Tolú;* se toma á tazas pura ó mezcla con leche.

Cuando se desee administrar este medicamento en *vapor*, se le hará hervir lentamente, solo ó mezclado con agua en el cuarto del enfermo, de manera que la atmósfera se cargue de este vapor.

En fin, se han propuesto las fumigaciones de *creosota*. Segun Junod, que ha empleado principalmente este medicamento contra la tisis pulmonar, basta colocar cerca de la cama del enfermo un frasco con tapon esmerilado que contenga creosota; el olor que despide aun sin quitar el tapon es por lo general bastante fuerte para llenar las intenciones del médico. Para obtener una accion mas enérgica bastaria verter en un lienzo algunas gotas de creosota.

Martin Solon se ha servido para hacer fumigaciones del *agua de creosota*, y para practicarlas se vierten en el aparato usado por Toulmouche 4 ó 5 gotas de creosota en lugar del cloro líquido.

Respecto de las fumigaciones *con sustancias resinosas*, es menester echar cierta cantidad de ellas sobre las ascuas ó una plancha de hierro candente, y aspirar el humo que se desprende. Tambien se puede cargar la atmósfera de una habitacion

Digitized by Google

en la que se hace permanecer al enfermo mas ó menos tiempo, segun se juzgue necesario.

A este tratamiento debe seguir el propuesto por el doctor Drake, de Nueva-Yorck, referido por Blache y Chomel, el cual consiste en las *aspiruciones de aire frio*. Hé aqui como Drake aplica este medio.

Aspiraciones de aire frio (Drake). Se cubre el pecho del enfermo con un vestido acolchado de lana y forrado de pieles, á fin de escitar una accion revulsiva á la superficie del cuerpo, y en seguida se le pone en una cama bien caliente ó bien se le mete en un baño á la temperatura de 98° F. (29° R.) En esta situacion le hace respirar por medio de un tubo el aire atmosférico, cuando su temperatura es bastante baja; en el caso contrario, el aire debe pasar á un receptáculo á donde le enfria hasta 40° F. (3° R.) por medio del hielo. Regularmente hace continuar la inspiracion del aire frio durante una hora, y repite esta operacion tres veces al dia.

Cuando la temperatura del aire inspirado no es superior á 50° F. (8° R.), se siente constantemente una sensacion agradable de frescura en el pecho, acompañada á veces de punzadas dolorosas en las espaldas, que los enfermos refieren á las partes esternas y á los músculos. Si el pulso es frecuente disminuye tanto su viveza, que *llega á reducirse algunas veces á 10 ó 12 pulsaciones por minuto*. Este medio calma generalmente la tos y á los dos ó tres dias disminuye su frecuencia una mitad, y la espectoracion se hace mas libre y mas fácil. El calor es mas soportable, y la piel se pone mas flexible y mas suave al tacto.

Segun Drake esta medicacion conviene principalmente durante la estacion del calor.

Despues de haber espuesto este método de tratamiento, los autores que acabo de citar hacen observar que Drake se ha guiado principalmente por ideas teóricas, y que seria menester para apreciar su valor, tener nuevas y numerosas observaciones de que carecemos. No se puede menos de adoptar esta opinion, y advertir además que si esta medicacion ha parecido especialmente ventajosa en la estacion del calor, es sin duda porque entonces la enfermedad tiende naturalmente á aliviarse.

Revulsivos. Se han empleado estos medios en casi todos los casos. Se ha intentado produciendo una revulsion mas ó menos

Digitized by Google

fuerte en la piel, hacer cesar el estado de irritacion crónica en que se encuentran los bronquios. Con este fin se han usado los *rubefacientes* y los *irritantes* á la piel, tales son: los *sinapismos* á las paredes del pecho, las *fricciones secas* ó *hechas* estimulantes por un líquido alcohólico caliente en el torax y los miembros. La mayor parte de los médicos han puesto en práctica esta medicacion llevándola á mas alto grado de energía, valiéndose ya del *aceite* de *croton tiglio*, ya de la *pomada de Autenrieth* en fricciones sobre el pecho. Con mas frecuencia todavía se aplica á las partes esternas y laterales del torax un emplasto de *pez de Borgoña*, espolvoreado con 1 gramo (20 granos) ó mas de tártaro estibiado, hasta que se produzcan pústulas. Thomson recurria generalmente á este medio, pero el doctor Elliotson, por el contrario, le califica de duro y cruel.

En vista de esto es muy dificil decidirse en pro ó en contra de una medicacion tan diversamente juzgada, y por desgracia la falta de buenas observaciones nos impide apreciar con exactitud el valor de estas opiniones contrarias. Tambien se han empleado las ventosas *secas* y *escarificadas* como revulsivos, y el doctor Dubourg (1) ha referido varios casos en que estos medios han producido al parecer buen resultado, pero estos esperimentos no se han repetido.

Por último, se ha tenido la idea de aplicar al pecho *vejigatorios* ó *sedales*. Los vejigatorios se han usado con mucha frecuencia, y han sido muy recomendados por Laennec, Broussais, Andral, Thomson, etc., pero sin que sea posible cerciorarse de si fueron verdaderamente eficaces. Otro tanto se puede decir de la vesicacion producida por la *pomada* de *Gondret* y *del sedal*, que se ha usado mas rara vez. No obstante, he hallado una observacion de Rostan (2) que demuestra los buenos resultados del sedal. En efecto, por este medio se curó con rapidez y radicalmente una bronquitis que se habia resistido á otros muchos remedios. Conforme encarga Rostan, es menester poner un *sedal* ancho, y aun muchos si el caso lo exige. Sin embargo, repito que es muy dificil formarse una opinion exacta acerca de estos medios que no se han esperimentado rigurosamente, y á

(1) *Mém. lu á l' Academ. de méd.*, marzo, 1830.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1835.

Digitized by Google

los que se ha recurrido demasiadas veces, mas bien por costumbre que por la certeza que hubiese de su eficacia. Con todo, si con los síntomas ordinarios de la bronquitis hay dolores mas ó menos vivos en las paredes del pecho, se deben esperar buenos efectos de este medicamento tópico, y sobre todo del vejigatorio, tan poderoso contra esta especie de dolores.

No cabe duda que en algunos casos se han obtenido grandes ventajas con la aplicacion del *emplasto de tártaro estibiado;* pero ¿se deberá atribuir este feliz resultado únicamente á la irritacion producida por el emético? Prescindiendo de cualquiera otra accion del medicamento ¿no contribuiria mucho la aplicacion de un emplasto sobre las paredes del pecho? Me parece que puede proponerse esta cuestion, si se atiende á los efectos que produce un simple *emplasto de diaquilon* aplicado sobre el torax. A la verdad, no solo hace desaparecer los dolores de que acabamos de hablar, sino que tambien las mas veces calma los principales síntomas de la bronquitis. Este es un medio bien sencillo que no se debe olvidar, y que sin tener bastante eficacia para triunfar de la enfermedad, procura sin embargo un alivio notable, y evita á veces exacerbaciones peligrosas.

Astringentes. Se han usado esta clase de medicamentos con el objeto de dar mas tono á la membrana mucosa relajada, y contener una secrecion demasiado abundante; asi es que se han administrado mas particularmente en los casos designados con el nombre de *broncorreas*. Los que con mas frecuencia se han empleado con este objeto son: la *ratania*, la *monesia*, el *catecú*, el *tanino* y sobre todo el *acetato de plomo*. No hablaré de los primeros, porque aun no se han hecho con ellos suficientes esperimentos. En cuanto al acetato de plomo ha sido colocado en la primera línea de los remedios empleados contra la bronquitis crónica por el doctor Henderson, quien le administra de la manera siguiente (1):

Píldoras de Henderson.

℞ Acetato de plomo............	}	
Estracto de beleño...........	}	ãã 2 gram. (3ß)
Cebolla albarrana.	}	

Háganse S. A. cuarenta píldoras, de que se toman tres ó cuatro al dia.

(1) *Lond. med. Gaz.*, vol. XXVI, p. 263; 1839—40.

Digitized by Google

Si el médico viese que no era suficiente esta dosis podria duplicar la cantidad del acetato de plomo; mas nunca debe pasar de ella en los niños.

Segun dice Henderson, al cabo de poco tiempo empieza á disminuirse la secrecion abundante, y con ella no tardan en desaparecer los demás síntomas de la bronquitis crónica. Estas son aserciones que es preciso someter al exámen de los observadores.

Narcóticos. Finalmente, llegamos á una medicacion que desde los tiempos mas remotos ha gozado de gran crédito; tal es la medicacion por los *narcóticos.* Ya hemos visto anteriormente que Galeno habia asociado el *opio* á todas sus preparaciones contra el catarro crónico. La mayor parte de los médicos que le han seguido le han imitado en esto; pero casi siempre, hasta estos últimos tiempos, se ha mezclado este medicamento con otras sustencias, á las que no se atribuia menos eficacia. Hé aquí, por ejemplo, la fórmula que con mas frecuencia usaba Etmuller (1):

℞ Esperma de ballena....	} ãã	1 gram.	(20 g̃)
Sucino preparado......			
Opio....................		15 centigram.	(3 g̃)

Mézclese y divídase en ocho partes iguales, y se toma una á las cinco de la tarde y otra al acostarse despues de haber tomado un ligero alimento.

En las mismas circunstancias se ha administrado el *estramonio,* y gran número de veces se ha observado que calmaba la tos y facilitaba mas la espectoracion, en casos en que el opio no habia podido producir estos efectos ventajosos. No obstante, Elliotson pretende que esta sustancia no disminuye la tos; pero esta asercion en apoyo de la cual no presenta prueba alguna, se halla desmentida por los hechos que diariamente pasan á nuestra vista.

Se prescribe el estramonio bajo muchas formas, y la mas comoda es la del estracto que se administra en píldoras. Tambien se le puede dar, como aconseja Laennec, en polvo recientemente preparado á la dosis de 3 á 5 centígramos (1/2 á 1 grano). «Su administracion, dice este autor, es muchas veces seguida de

(1) *De viis respir. læs.* (*Opera omnia*, t. I, p. 177): Lugd. 1690.

Digitized by Google

la cesacion repentina, pero momentánea, de la disnea. Si se esplora la respiracion en este momento por medio del pectoriloquio, añade, se ve que no es mas libre ni mas estensa que antes, y sin embargo, el enfermo no esperimenta ya opresion, y por consiguiente se halla disminuida la necesidad de respirar.» En estos últimos tiempos se ha ideado hacer fumar las hojas de estramonio en forma de cigarrillos. Ya he indicado este medio en uno de los precedentes artículos, y volveré á hablar de él cuando trate del enfisema pulmonar.

Lo que acabo de decir del estramonio se aplica enteramente á la *belladona*, en la cual tenia Laennec mucha confianza, administrándola de la misma manera.

Se han usado otras muchas preparaciones narcóticas, como el *beleño*, en fumigacion, por Elliotson; la *cicuta*, el *hidroclorato* y el *acetato de morfina*, la *codeina*, las *píldoras de Morton*, el *polvo de Dower*, etc., por un gran número de médicos. Pero es inútil multiplicar estas indicaciones, en atencion á que todos estos medicamentos obran de la misma manera, aunque con diferente grado de eficacia.

Si por algunos motivos se temiese introducir estas sustancias en las vias digestivas, se pudiera emplear el método endérmico, como lo ha hecho Lembert, con buen éxito, en un caso. El *acetato de morfina*, aplicado en un principio á la dosis de 3 centígramos ($^3/_5$ de grano), se aumentó en el espacio de veinte dias, despues de muchas suspensiones de tratamiento, á la dosis de 20 centígramos (4 granos), y la enfermedad que duraba hacia catorce años desapareció completamente. Es de sentir que el autor no haya hecho la descripcion del estado del pecho en la época en que el enfermo salió del hospital.

***Bálsamo de copaiba*, *trementina*, *pimienta cubebas*.** Los efectos del bálsamo de copaiba en la blenorragia han dado la idea de emplear esta sustancia en casi todas las afecciones llamadas catarrales. Asi pues, no se ha dejado de recurrir á ellas en la bronquitis crónica. Ya Hallé (1) habia indicado un caso en que una espectoracion de las mas abundantes y de aspecto purulento se agotó rápidamente á consecuencia de la administracion del bálsamo de copaiba. En 1818 John Armstrong dió á conocer el modo como

(1) *Œuv. de Tissot*, Paris, 1807, t. I, nota del c. IV, p. 150.

Digitized by Google

administraba este medicamento, al cual atribuye una gran influencia, y el que prescribe del modo siguiente:

Tratamiento por el bálsamo de copaiba, *por J. Armstrong*. Al principio se administra este medicamento en agua ó en un mucílago á la dosis de 30 ó 40 gotas, tres veces al dia. En los dias siguientes se aumenta la dosis 5 ó 10 gotas hasta que se haya llegado á 60 ú 80.

Cuando desde el primer dia disminuyen la tos y la espectoracion, es inútil elevar tanto la dosis. En el caso contrario, se puede pasar de ella sin inconveniente. Si el enfermo no esperimenta mas que algunas náuseas ó un solo vómito, no se debe suspender la administracion de este remedio, porque sus efectos son mas bien útiles que perjudiciales; pero en algunos casos el bálsamo de copaiba obra como un violento catártico, y entonces es menester administrar una corta cantidad de agua de menta, con algunas gotas de alcohol ó de vino arómatico alcanforado, lo que basta para evitar este accidente.

Laroche (1) ha publicado algunas observaciones, en las que el bálsamo de copaiba administrado casi de la misma manera ha producido al parecer felices efectos. Sin embargo, es preciso decir que este medicamento ha sido siempre asociado con otros, especialmente con el opio, de suerte que es dificil juzgar de su verdadera eficacia. Por lo tanto, el práctico deberá repetir los esperimentos con las precauciones que he indicado.

Bretonneau (2) ha hecho desaparecer una bronquitis crónica de las mas intensas por medio del bálsamo de copaiba administrado en lavativas.

El doctor Avisard (3) ha publicado una observacion de catarro pulmonar crónico curado por la trementina. El enfermo que presentaba hacia ya cuatro meses todos los síntomas de la bronquitis cronica, se curó completamente, dice el autor, al duodécimo dia del tratamiento, por esta sustancia administrada en píldoras á la dosis de 2 gramos (media dracma) que se aumentó progresivamente hasta 12 gramos (tres dracmas). A primera vista este hecho parece tan concluyente como puede serlo un hecho aislado; pero debo hacer notar que en el momen-

(1) *North. American. medic. and surg. Journ.*, 1826
(2) *Bibl. de thérap.*, t. 1, p. 390.
(3) *Bibl. médic.*, t. LXVII, p. 345, 1820.

Digitized by Google

to en que se prescribió la trementina, el enfermo empezaba á aliviarse considerablemente, de suerte que se podria muy bien atribuir al medicamento una curacion enteramente espontánea.

El mismo motivo que ha habido para emplear el bálsamo de copaiba ha inducido á ensayar la *pimienta cubebas*. Gray (1) refiere el caso de un hombre que padecia hacia ya tres años una tos pertinaz con espectoracion abundante, el que se curó prontamente durante la administracion de la pimienta cubebas. Este mismo autor afirma que ha observado muchos casos análogos; pero estos hechos, que por su naturaleza no son tan concluyentes como parece creerlo el autor, puesto que han obrado simultáneamente las fricciones irritantes, el cambio de régimen y de género de vida, no son bastante numerosos ni suficientemente detallados para fijar definitivamente nuestra opinion. No obstante, hemos creido oportuno que se los debia dar á conocer.

Medios diversos. Por último, se han empleado contra la bronquitis crónica otros muchos medicamentos que no se han usado tan generalmente. Asi pues, á los sugetos débiles, y cuya enfermedad duraba hacia mucho tiempo, se les han propinado los tónicos entre los cuales ocupa el primer lugar la quina. Se ha recurrido tambien á los *ferruginosos*, principalmente en las mugeres cuyas reglas se hallaban suspendidas. Laennec ha usado los *escitantes espirituosos* de la misma manera que en la bronquitis aguda; pero no parece ha obtenido el mismo resultado.

Piorry (2) en tres casos en que la espectoracion era muy abundante, ideó someter los enfermos á la *abstinencia de bebidas* como lo hace Williams (véase pág. 64) en la coriza aguda. Bien pronto se suprimieron los esputos, y la curacion fue completa. Piorry añade que tiene hechas ocho observaciones semejantes, las cuales no le permiten dudar que en muchos casos se puede sacar un partido muy ventajoso de la completa abstinencia de bebidas. Seria de desear que estos esperimentos se continuasen de manera que nos diesen á conocer exactamente el grado de eficacia de este medio y los casos en que se debe usar.

El *azufre* y las *preparaciones sulfurosas* poseen, en el sentir de algunos médicos, una especie de virtud específica en las enfermedades crónicas del pecho, y principalmente en la bronqui-

(1) *Lond. med. Gaz.*, t. XXVI, p. 98.

(2) *Bull. cliniq.*, 1835, y *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 438.

Digitized by Google

tis crónica. Ya he indicado el *azufre dorado de antimonio,* y también se han administrado las *flores de azufre* á la dosis de 3 decígramos (6 granos) en un looc ó en píldoras; pero lo que se ha recomendado con mas confianza son las *aguas sulfurosas* y principalmente las de Cauterest, de San Salvador y las de Aguas Buenas en los Pirineos, y las de Aix en Saboya (*). Es inútil decir que la observacion exacta nada nos ha enseñado de positivo acerca de este medio.

El doctor Graves afirma que ha obtenido los mas felices efectos del uso del *mercurio* que obra de una manera especial sobre la mucosa de los bronquios; pero las observaciones no son bastante concluyentes ni han sido suficientemente repetidas para que se pueda fallar de un modo positivo.

Finalmente, Michea (1) ha alabado la accion del hinojo acuatico *(phellandrium acuaticum)* en las bronquitis crónicas, y administra de dos á cuatro cucharadas al dia del jarabe de esta planta. Volveré hablar de este medicamento en el artículo *tisis.*

Precauciones generales que se deben tomar en el tratamiento de la bronquitis crónica. 1.° El regimen será poco nutritivo sin ser debilitante, y el enfermo procurará evitar todo esceso y desórden en el régimen.

2.° Se le aconsejará que vista interiormente de franela.

3.° Evitará las corrientes de aire, la accion del frio húmedo y el tránsito repentino del frio al calor.

Resúmen, prescripciones. Despues de los pormenores en que acabo de entrar, me parece que se pueden reunir á continuacion sin comentario alguno, las diferentes prescripciones que de ellos resultan.

PRESCRIPCION I.

EN UN CASO DE BRONQUITIS CRÓNICA DE MEDIANA INTENSIDAD.

1.° Para bebida:

℞ Infusion de hisopo............ 1000 gram. (℔ij)
Ojimiel escilítico............. 60 gram. (℥ij)

(*) Véanse los equivalentes de estas aguas en nuestra península en el *Manual de aguas minerales* de D. Francisco Alvarez Alcalá. Por lo demás creemos que el autor lleva demasiado lejos su esceptismo al dudar de la eficacia de estas aguas en la bronquitis crónica. (NOTA DE LOS TRADUCTORES.)

(1) *Bull. de thér.*, diciembre 1847.

Digitized by Google

Se toma á tazas durante el dia.

2.° ℞ Goma tragacanto en polvo. 1 gram. (18 g̃)
Quermes mineral........ 10 centígram. (2 g̃)
Infusion de hisopo........ 125 gram. (℥jv)
Jarabe de Tolú.......... 32 gram. (℥j)

Mézclese. Se toma á cucharadas de hora en hora.

3.° ℞ Estracto de belladona..... 20 centígram. (4 g̃)
Conserva de rosas........ 1 gram. (20 g̃)

Háganse ocho píldoras, y se toma una por la mañana y otra por la noche.

4.° Se aplicará un emplasto de diaquilon en la parte anterior del pecho.

5.° Régimen suave y ligero; vestir interiormente de franela, etc.

PRESCRIPCION II.

EN ALGUNOS CASOS EN QUE SUBSISTEN ALGUNOS SÍNTOMAS DEL ESTADO AGUDO.

1.° Para bebida:

℞ Hojas de malvabisco........... 30 gram. (℥j)
Raiz de malvabisco............ 15 gram. (℥ß)
Raiz de polígala............ }
Raiz de regaliz............ } āā 10 gram. (ʒijß)
Flores de gordolobo........ }
Flores de amapola.......... } āā 5 gram. (90 g̃)

Córtense, mézclense y divídanse en cuatro papeles. Para hacer la tisana se hace infundir por espacio de un cuarto de hora el contenido de uno de estos papeles en

Agua hirviendo......... 1 litro. (2 cuartillos)

Se endulza con

Jarabe de culantrillo..... 40 gram. (ʒx)

Se toma á grandes tazas (Wirtenberg).

2.° Se aplicarán ocho ó diez sanguijuelas á la base del pecho, ó tres ó cuatro ventosas escarificadas delante del esternon, en el caso que la irritacion fuese considerable. En los niños bastan de dos á cuatro sanguijuelas.

3.° Embrocacion oleosa al pecho.

4.° ℞ Maná en suerte................. 32 gram. (℥j)

Digitized by Google

Disuélvase á un calor suave en una taza de leche, y se toma de una vez.

5.° ℞ Estracto acuoso de opio....... 1 gram. (20 ℈)
Regaliz en polvo............. 5 gram. (100 ℈)
Conserva de rosas............ C. S.

Háganse veinte bolos. Se toma uno todas las noches, ó cuatro horas á lo menos despues de la última comida.

PRESCRIPCION III.

BRONQUITIS CRÓNICA ANTIGUA Y REBELDE.

1.° Para tisana:

℞ Raiz de polígala............. 15 gram. (℥ß)
Agua....................... 1000 gram. (℔ij)

Se cuece hasta que se reduzca á la midad, y se añade

Jarabe de hisopo............ 30 gram. (℥j)

Se toma á vasos.

O bien el *hidromel compuesto* del Hospital de la Caridad, segun la fórmula siguiente:

℞ Raiz de énula campana....... 30 gram. (℥j)
Sumidades de hisopo..... } āā 10 gram. (ʒijß)
Flores de yedra terrestre.. }

Se infunde en

Agua comun................ 1000 gram. (℔ij)

Se añade

Miel blanca................. 60 gram. (℥()

Se toma á grandes tazas.

2.° Fumigaciones á los bronquios, ya con el cloro (Toulmouche), y ya con el agua de creosota (Martin Solon), ya con el vapor de brea (Laennec), ó en fin, con el humo del bálsamo de Tolú, de benjuí, etc.

3.° Se administran vomitivos repetidos.

4.° Se hacen fricciones secas en el torax y miembros.

5.° Se aplicará al pecho un emplasto de pez de Borgoña, ya simple ó espolvoreado con emético, ó bien se harán en él fricciones con la pomada estibiada, el aceite de croton tiglio, etc.; ó mejor todavía poner un simple emplasto de diaquilon que las mas veces produce muy buenos efectos.

Digitized by Google

PRESCRIPCION IV.

TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS CRÓNICA CON ESPECTORACION MUY ABUNDANTE.

(Catarro pituitoso, broncorrea.)

1.° Para tisana:

℞ Raiz de énula.................. 10 gram. (ʒijß)
Raiz de regaliz............ }
Yedra terrestre............ } āā 20 gram. (ʒv)
Flores de tusílago.......... }

Se cuece durante cinco minutos en

Agua comun................ 2000 gram. (℔jv)

Se deja enfriar, se cuela con espresion y se añade:

Jarabe de Tolú.............. 75 gram. (℥ijß)

2.° Se harán las fumigaciones indicadas en la prescripcion precedente.

3.° Se aplicará al pecho y en seguida á las estremidades uno ó varios vejigatorios (Laennec).

4.° Se suprimirán las bebidas (Piorry).

5.° Vomitivos repetidos.

PRESCRIPCION V.

TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS CRÓNICA POR EL BÁLSAMO DE COPAIBA Y LA TREMENTINA.

1.° Una de las tisanas indicadas en las prescripciones anteriores.

2.° ℞ Bálsamo de copaiba................. 10 partes.
Goma arábiga...................... 5 partes.
Vino blanco....................... 80 partes.
Tintura de acetato de hierro........ 5 partes.
Jarabe de bálsamo del Perú........ 35 partes.

Se da una cucharada tres veces al dia (Lockstaedt).

3.° En el caso en que se quisiera administrar con preferencia la trementina se la prescribiria del modo siguiente:

Digitized by Google

℞ Trementina de Chio........	ãã 20 gram. (℥v)	
Esperma de ballena........		
Polvo de mirra................	10 gram. (ʒijß)	
Polvo de incienso.............	C. S.	

Háganse píldoras de 15 centígramos (3 granos), de que se toman de cuatro á doce al dia.

Tambien se puede prescribir la emulsion vinosa de trementina, que siempre produce menos accidentes en el tubo digestivo.

℞ Trementina................	ãã 5 gram. (90 gr)
Goma arábiga..............	
Vino blanco....................	60 gram. (℥ij)
Jarabe de bálsamo del Perú.....	30 gram. (℥j)

Hágase una emulsion que se toma á cucharadas.

4.° En fin, se pueden propinar unidos el bálsamo de copaiba y la trementina, como lo hace Lallemand, para otras enfermedades:

℞ Bálsamo de copaiba.........	ãã 10 gram. (ʒijß)
Trementina................	
Aceite de sucino rectificado..	

Se toma á la dosis de seis á treinta gotas, en una cucharada de azúcar en polvo.

No he creido necesario hacer prescripciones particulares para los niños, porque les convienen los mismos medios que á los adultos, y basta arreglar las dosis á su edad.

Bien pudiera multiplicar hasta el infinito estas prescripciones, pero seria un trabajo inútil, porque nada es mas fácil que variarlas conociendo los medicamentos simples que se han usado. Una reflexion que se puede aplicar á todas estas medicaciones es, que sus resultados no se conocen de una manera positiva, y es digno de notarse que la riqueza misma de la terapéutica sobre esta enfermedad, es causa de la incertidumbre en que nos hallamos acerca del valor de cada medio en particular. En efecto, empleando cada uno con preferencia tal ó cual remedio, resulta que los esperimentos son demasiado variados y no concuerdan entre sí. Además, la facilidad con que siempre se han agrupado en una misma fórmula un gran número de sustancias preconizadas como muy ventajosas, hace que se llegue dificilmente á distinguir la accion que es propia á cada una de ellas.

Digitized by Google

Aquel que desenrede este caos y establezca rigurosamente el valor de algunas de las medicaciones sencillas que pueden oponerse á la bronquitis crónica, hará un verdadero servicio á la ciencia.

Breve resúmen del tratamiento.

1.° *En el catarro crónico que presenta todavía algunos signos del estado agudo:* emisiones sanguíneas moderadas, emolientes y narcóticos.

2.° *En la bronquitis crónica sin espectoracion estraordinaria:* vomitivos, purgantes, espectorantes, revulsivos, astringentes, narcóticos, inspiracion de aire frio (Dracke), y preparaciones sulfurosas.

3.° *En la bronquitis crónica con espectoracion muy abundante* (catarro pituitoso, broncorrea): vomitivos, revulsivos, fumigaciones escitantes, bálsamo de copaiba y trementina.

ARTICULO IV.

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.

La enfermedad de que vamos á tratar en este artículo es una de aquellas que han sido menos bien estudiadas. Sin embargo, tenemos un gran número de trabajos particulares susceptibles de dar alguna luz; pero como la mayor parte de ellos solo contienen hechos incompletos, y presentados, á escepcion solo de un corto número, como simples objetos de curiosidad, de aquí se sigue que esta afeccion se halla envuelta en una gran oscuridad. No obstante, en estos últimos tiempos, algunos observadores, entre los que se debe citar á J. Cheyne, Blaud de Beaucaire, Caseaux, Fauvel y Thore, el hijo, han publicado investigaciones muy importantes, de que me aprovecho mucho, acerca de esta enfermedad, que es respecto de la bronquitis simple lo que el crup es á la laringitis simple.

Rara vez se ha considerado á la bronquitis seudomembranosa como una afeccion independiente. Es cierto que las mas veces solo consiste en una estension de la laringitis y de la traqueitis

Digitized by Google

seudomembranosas, y que aun cuando los bronquios se hallen únicamente afectados, la inflamacion es algunas veces seudomembranosa en un punto y purulenta en otro; con todo, se han observado varios casos, y ya citaré algunos ejemplos, en los que ha existido solo la inflamacion seudomembranosa, lo que nos obliga á presentar su historia separada de las demás. Fauvel (1) ha comprendido en la misma descripcion la bronquitis con produccion de falsas membranas, y la bronquitis con simple secrecion purulenta. El número limitado de los hechos que poseia, y la semejanza que existe en cuanto á los síntomas entre estas dos especies de bronquitis, han podido autorizarle á obrar asi; pero yo que tengo que trazar una clasificacion rigurosa y analizar los hechos observados tanto en los adultos como en los niños, debo distinguir con esmerò estas dos especies tan diferentes. Por lo demás, esto es lo que ha hecho Blaud (2), admitiendo: 1.° una bronquitis *meningogena*; 2.° una bronquitis *piogena*; 3.° una bronquitis *mixagena*; y 4.° una bronquitis *compuesta*, es decir, en la que las especies precedentes ó solamente dos de ellas se encuentran reunidas.

Despues de haber demostrado que se debe considerar á la bronquitis seudomembranosa como una enfermedad particular, voy á esponer lo que sabemos de mas interesante acerca de esta materia. Esta esposicion será rápida, porque la incertidumbre que reina en gran número de puntos y que es imposible disipar completamente, no me permite entrar en estensos pormenores.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La bronquitis seudomembranosa es como lo indica su mismo nombre, una inflamacion de los bronquios caracterizada por una produccion mas ó menos estensa de falsas membranas en la superficie de estos conductos.

La afeccion de que nos ocupamos ha recibido hasta estos

(1) *Rech. sur la bronch. capill. purul. et pseudomemb. chez les enfans.* etc. Paris, 1840.

(2) *Nouv. Rech. sur la Laryngo-Trachéite*, Paris, 1823, p. 454 y siguientes.

Digitized by Google

últimos tiempos un gran número de nombres diferentes. En efecto, se la ha designado por las espresiones de *catarro sufocante*, *crup bronquial*, *crup crónico* (1) y *pólipo bronquial* (2). El doctor J. North (3) y Warren (4) han usado la misma denominacion. El doctor W. T. Iliff (5) le da el nombre de *inflamacion bronquial estensiva,* y otros autores de quienes haré mencion mas adelante, han descrito esta afeccion bajo los títulos de *pólipo pulmonar, hidátide de las vias aéreas*, etc.

Hablando en general, se puede decir que esta afeccion *no es frecuente.* Sin embargo, si se tienen en consideracion todas las observaciones que se han recogido, y sobre todo si no se escluyen los casos en que la enfermedad ha empezado por la tráquea, se verá que es mas frecuente que lo que generalmente se cree á causa de la oscuridad que reina en su historia.

§. II.

CAUSAS.

1.º Causas predisponentes.

Muy poco exactas son las noticias que tenemos acerca de las causas propias de esta afeccion. Los escasos pormenores contenidos en las observaciones, y el corto número de estas mismas observaciones, no nos permiten obtener indicaciones tan positivas como se pudiera desear.

El doctor Cheyne piensa que la enfermedad es mucho mas frecuente en los ancianos que en cualquiera otra *edad;* pero recorriendo las observaciones, y principalmente las que han sido recogidas en estos últimos años en niños, se ve que si este médico ha encontrado mayor número de casos en personas de edad avanzada, ha sido por simple coincidencia. La mayoría de los hechos que tengo á la vista se han observado en mugeres, pero es tan limitado el número de estos hechos, y la diferencia (de ocho á diez) tan poco considerable, que estos números no pueden servir sino como documento para ulteriores investigaciones.

(1) STARR. *Lond. med. Gaz.*, t. XXV, p. 735; 1839—40.
(2) J. CHEYNE, *The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. IV, p. 441; 1808.
(3) *Lond. med. Gaz.*, t. XXII, p. 330, 1838.
(4) *Med. Trans. Lond.*, vol. I, p. 407, 1785.
(5) *Lond. med. Reposit.*, t. XVIII, p. 207, 1820.

Digitized by Google

En dos casos de los que he reunido se presentó la bronquitis seudomembranosa durante el curso de una fiebre bastante intensa, que se pudiera referir á la calentura tifoidea, pero que no se halla perfectamente caracterizada; en otros, y particularmente en aquel cuya interesante historia nos ha dejado Caseaux (1), ha habido signos de pulmonía. Esta última coincidencia fue aun mucho mas notable en la epidemia de gripe que reinó en Paris en 1837.

Efectivamente, cierto número de pulmonías que aparecieron hácia el fin de la epidemia, presentaron falsas membranas en los bronquios de los lóbulos hepatizados. El doctor Nonat (2) es quien principalmente ha insistido en llamar la atencion sobre los hechos de este género, acerca de los cuales no me estenderé mas en este artículo, puesto que la bronquitis seudomembranosa, á pesar de haber aumentado mucho la gravedad de la enfermedad, no era realmente en estos casos mas que una complicacion. Por último, se ha encontrado esta afeccion en sugetos escrofulosos ó debilitados por padecimientos anteriores.

Tales son los datos vagos que tenemos acerca de las causas predisponentes de la bronquitis seudomembranosa.

2.° Causas ocasionales.

Todavía son mas oscuras las causas ocasionales de esta enfermedad, porque si esceptuamos un caso referido por el doctor Iliff *(lug. cit.)*, en el que se ve que el enfermo fue acometido de ella despues de haberse mojado y espuesto al frio, no se encuentra una noticia exacta en ninguna otra observacion.

En los sugetos observados por Fauvel no se advirtió que hubiese coincidencia entre un enfriamiento cualquiera y la invasion de la enfermedad. Como en la mayor parte de los casos empieza la afeccion por los síntomas de un catarro comun, se puede admitir que las causas de un catarro pulmonar la sirven de causas ocasionales para darle origen; pero es preciso reconocer tambien que es indispensable una causa predisponente bien poderosa, aunque oculta, para que la enfermedad pre-

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 3.ª serie, 1836.
(2) *Recher. sur la grippe*, etc. (*Arch. de méd.*, 2.ª serie, 1837, p. 5 y sig.)

Digitized by Google

sente caracteres tan graves bajo la influencia de agentes que en una inmensa multitud de casos no producen mas que una afeccion leve. Algunas veces se ha visto que se formaba una falsa membrana á consecuencia de *las inspiraciones del cloro* y del *amoniaco;* pero entonces aquella es menos considerable, y sobre todo no tiene como la que resulta de una inflamacion específica, gran tendencia á reproducirse una vez que ha sido arrojada.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los síntomas varían mucho segun que la enfermedad recorre rápidamente sus períodos ó es de larga duracion, como se ve en los ejemplos que nos han dejado los autores; por cuya razon describiré por separado la *forma aguda* y la *forma crónica.*

1.° *Bronquitis seudomembrana aguda.* Bajo esta forma es como la enfermedad se manifiesta con mas frecuencia, y entonces empieza de dos maneras diferentes. En un gran número de casos, como lo ha hecho notar Fauvel, principia por un simple constipado y algunas veces con síntomas sumamente leves, un poco de incomodidad, algunas punzadas detrás del esternon, una tos poco violenta sin espectoracion particular, y un movimiento febril poco notable: tales son los síntomas que se observan al principio. Solo despues que la enfermedad ha durado algunos dias es cuando los síntomas toman rápidamente gran intensidad. Este curso de la afeccion se nota principalmente en la observacion referida por Caseaux. Algunas veces los síntomas adquieren desde el primer dia la intensidad que acabamos de indicar, y entonces la enfermedad constituye una de las especies mas notables *del catarro sufocante.*

Síntomas. Sea que la enfermedad haya empezado gradual ó repentinamente, los síntomas son siempre idénticos cuando estan formadas las falsas membranas y ocupan gran estension de los bronquios. En estas circunstancias se observa gran dificultad en la respiracion, que es muy acelerada, una *tos* que repite por accesos y fatiga mucho al enfermo, y un *dolor* mas ó menos vivo acompañado de una *sensacion de opresion* detrás del esternon.

Digitized by Google

Si se hace la *auscultacion* del pecho, se oye un simple *ronquido sonoro* cuando es seca la falsa membrana; ó una mezcla de este ronquido y de estertor mucoso, cuando al mismo tiempo hay secrecion mas ó menos abundante de mucosidades que son ó no puriformes. En un caso de falsas membranas bronquiales que ya he tenido ocasion de citar, Barth ha oido un *pequeño ruido de válvula*, producido sin duda por algun pedazo flotante de falsa membrana. Tambien Caseaux notó el mismo fenómeno en el enfermo sometido á su observacion. En cuanto á la *percusion* se puede decir que no da á conocer ningun signo particular, á no ser que haya complicacion.

Al mismo tiempo que se desarrollan estos síntomas se manifiesta la calentura, la agitacion es mas viva, y muy pronto aparecen síntomas de asfixia y el enfermo muere, á no ser que haya una abundante espectoracion de falsas membranas, en cuyo caso esperimenta un alivio inmediato en estremo marcado, y la respiracion se calma notablemente. Estos síntomas se reproducen las mas veces de nuevo, pero en menor grado, y remiten otra vez por nuevas espectoraciones de falsas membranas, hasta que haciéndose, en fin, la secrecion simplemente mucosa, no conservan mas gravedad que en una bronquitis comun.

No entro en mas pormenores relativamente á esta série de síntomas, porque no se diferencian notablemente, á lo menos con arreglo á los hechos que tenemos, de los que he descrito en el artículo *Bronquitis capilar general*, adonde basta remitir al lector.

Pero lo que importa presentar con todos sus pormenores es la descripcion de la *espectoracion*. Esta es tan notable que ha llamado muy especialmente la atencion de los autores. Ya Tulpius (véase Caseaux, *lug. cit.*) habia creido ver en la espectoracion de dos enfermos ramificaciones de la arteria pulmonar. Algunos autores mas modernos, y entre otros Lemery, habiendo visto espectorar (1) fibras blancas, huecas y ramificadas, las tomaron por pólipos formados en algunas arterias ó venas del pulmon. Marcorelle y Butler (2) pensaron que se habia desprendido la misma membrana mucosa del pulmon y

1 *Hist. de l' Acad. des sc.*, 1704.
2 *Acad. des sciences*, 1762.

Digitized by Google

habia sido arrojada por la espectoracion; pero Dehaen (1) y Monro, citado por Cheyne, reconocieron la naturaleza y el orígen de la materia espectorada. En todos estos casos la forma de esta materia no deja duda acerca de su orígen, sobre todo cuando se comparan estos hechos con los que se han observado recientemente.

La membrana espectorada es blanca, apelotonada en el momento en que el enfermo la acaba de espeler; en la observacion de Caseaux tenia la forma de cintas aplastadas ó de tubos huecos. Esta misma forma de cintas aplastadas existia tambien en el caso observado por el doctor J. Brenau (2), puesto que este autor compara la materia espectorada á una ténia, y no conoció su forma ramificada hasta que hubo desembarazado á esta materia del moco que la manchaba. No siempre se distingue á primera vista la verdadera forma de la falsa membrana; pero si se la pone en agua, se ve muy pronto que se manifiesta un tronco de una longitud y grosor variables, al que estan unidas ramificaciones mas ó menos numerosas y dicotómicas.

En el caso observado por Caseaux se veia un tronco comun que se dividia primeramente en dos divisiones principales, las que á su vez se ramificaban, y asi sucesivamente hasta siete subdivisiones. Las descripciones que nos han dejado los otros autores y una figura dibujada por Iliff (*lug. cit.*), prueban hasta la evidencia que la materia de la espectoracion tenia los mismos caracteres. Starr (*lug. cit., Crup. cronic.*) la compara á los *macarrones cocidos* á causa de su consistencia, color y figura tubulosa. En efecto, estos diversos ramos son casi todos tubulosos, puesto que se puede introducir en ellos un estilete, y cortándoles perpendicularmente, se ve que su disposicion, á manera de conducto, se continúa aun mucho trecho. En la observacion de Caseaux todos los tubos que se pudieron ver en su estado de integridad parecian ser huecos, y este mismo autor dedujo que las mas pequeñas divisiones que no pudo examinar, lo eran tambien. Sin embargo, esta consecuencia no es exacta, porque Fauvel no ha podido seguir la

(1) *Ratio medendi.*
(2) *Lond. med. and phys Journ.*, t. VIII, p. 360, 1802.

Digitized by Google

disposicion tubulosa hasta las últimas ramificaciones. En los casos referidos por Thore, hijo (1), y de los cuales uno ha sido observado por el doctor Laserre, de Montauban, las falsas membranas eran ramificadas y tenian de 3 á 6 centímetros (15 á 30 líneas) de largo. Algunas eran tubulosas, otras simplemente estriadas, y otras no presentaban ninguna de estas disposiciones. La densidad, la elasticidad y el color de estas falsas membranas son semejantes á los de la membrana crupal, y es por consiguiente inútil describirlas de nuevo. Algunas veces se han notado estrías sanguinolentas en la cara ó superficie adherente de la membrana. El doctor Cheyne ha visto en algunos casos que este producto de la secrecion morbosa se hallaba formado de muchas capas.

Algunas veces no es tan característica la espectoracion, porque los pedazos no son tan perfectamente ramificados, pero quedan casi siempre algunas porciones tubulosas que desvanecen todas las dudas.

Antes que se presente esta espectoracion, los enfermos arrojan regularmente *esputos* blancos ó sanguinolentos, ligeramente mezclados con aire, mucosos ó puriformes. Lo mismo sucede en los intervalos de esta espectoracion. Las mas veces la materia de los esputos se separa en dos partes; una trasparente, espumosa se queda en la superficie; al paso que la otra, de color blanco amarillento, espesa, adherente y sin aire se pega al fondo del vaso.

Mientras que se observan estos síntomas se advierte, si la inflamacion está limitada á los bronquios, una *integridad perfecta de la voz* y una falta completa de todo síntoma relativo á la laringe, lo que es tanto mas notable cuanto mas difícil es la respiracion. Respecto á las demas funciones y órganos, no presentan alteraciones dignas de notarse, á no ser en los casos en que la calentura es muy intensa; pero entonces estan bajo la dependencia del movimiento febril.

La *anoresia*, la *sed*, el *estreñimiento*, algo de *cefalalgia*, y en los casos muy graves un poco de *delirio*, tales son los principales síntomas que se han observado. En el caso citado por Caseaux, el enfermo sintió un escalosfrio en el momento

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1.ª serie; 1849, t. XX, p. 295.

Digitized by Google

en que los síntomas, que hacia mucho tiempo que eran los de una bronquitis comun, adquirieron toda su intensidad.

Bronquitis seudomembranosa crónica. Los mismos síntomas existen en esta forma de la enfermedad, solo que son generalmente menos intensos, y no adquieren cierta violencia sino en épocas mas ó menos distantes. Entonces sobreviene una exacerbacion que se termina por una espectoracion mas ó menos abundante de membranas ramificadas, semejantes á la que se acaba de describir. En una jóven de quince años, el doctor Erico Acharius (1) observó en el espacio de seis meses un gran número de estas exacerbaciones, las cuales se anunciaban por una *tos seca*, un poco de disnea y una sensacion de *picazon* en la garganta. Las ramificaciones tenian muchas veces el grosor de una pluma de escribir, y se dividian en seguida en un gran número de otras mas pequeñas. Un caso citado por Warren *(lug. cit.)* es muy notable, porque la espectoracion que seguia á una sufocacion intensa acompañada de calentura y que duraba algunas veces doce ó quince horas, se efectuaba cada cinco, ocho, diez y aun veinte dias. El primero de estos ataques habia sobrevenido durante el curso de una bronquitis que nada presentaba de particular. Esta afeccion duró mas de un año, y al cabo de este tiempo se obtuvo la curacion, que coincidió con una caries del calcáneo.

En los raros casos que la enfermedad sigue este curso, es todavía mas marcado el alivio despues de la espectoracion de la falsa membrana, que cuando la enfermedad es aguda. Casi inmediatamente despues los enfermos se hallan con corta diferencia en su estado de salud habitual, hasta que se verifica una nueva invasion.

No me estenderé mas sobre estos casos, que son muy raros, y que por lo general se han estudiado muy superficialmente.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de esta afeccion es muy diferente, segun que es aguda ó crónica. En el primer caso el curso es rápido, los sín-

(1) *London medical and phys. Journ.*, t. VIII, p. 201, 1802.

Digitized by Google

tomas van siempre en aumento, ó si despues de una espectoracion abundante de falsas membranas se sigue un alivio, no es de larga duracion, y los principales síntomas conservan cierto grado de intensidad. Cuando por el contrario, la bronquitis se presenta bajo la forma crónica, consiste, como se ha visto, en ataques separados por intervalos mas ó menos largos, durante los cuales casi llega á restablecerse completamente la salud. ¿Pero no se deberá mas bien pensar que en semejante caso ha habido cierto número de recidivas de la misma enfermedad en el estado agudo? Pudiera sostenerse esta opinion, pero con los materiales que tenemos no es posible resolverla. Como quiera que sea, lo cierto es que los casos de que se trata tienen un curso muy diferente del ordinario.

La *duracion* de la afeccion varía entre cinco y ocho dias en los niños observados por Fauvel; tampoco fue mas considerable en los adultos, cuando la enfermedad presentó el estado agudo. En el caso contrario, ya hemos visto que habia persistido durante seis meses, y segun el doctor Cheyne (*lug. cit.*) puede durar hasta mas de un año.

Es difícil decir nada de positivo acerca de la *terminacion* de la enfermedad; pues asi como sucumbieron la mayor parte de los niños observados por Fauvel, por el contrario, siempre se ha observado que se han curado los adultos, en las observaciones cuya historia se ha publicado. ¿No dependerá esta diferencia de que en el mayor número de casos mortales de la enfermedad que se ha designado bajo el nombre de *catarro sufocante*, no se ha hecho la autopsia de manera que se pudiese reconocer positivamente la lesion de los bronquios? Este modo de ver me parece el mas admisible.

Cuando la bronquitis seudomembranosa ha venido á complicar otras afecciones, ha terminado siempre por la muerte.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En la autopsia de los que sucumben á consecuencia de esta enfermedad, se encuentran á primera vista las falsas membranas que hemos descrito mas arriba. Para demostrar su existencia, basta hacer incisiones en varias direcciones en el te-

Digitized by Google

jido pulmonar. La presion hace salir entonces de las aberturas bronquiales unos cilindritos blancos, elásticos y que presentan una cavidad central cuando salen de un bronquio bastante voluminoso. Si procediendo de otra manera se coge la falsa membrana en un tronco bronquial de cierto grosor y se la saca con precaucion, se puede llevar tras sí un considerable número de subdivisiones, y en este caso el producto morboso se asemeja, como lo ha dicho J. North (1), á una raiz con sus raicillas.

La composicion de esta seudomembrana es la misma que la de la falsa membrana crupal. Regularmente no invade toda la estension de los dos pulmones, pero algunas veces ocupa un pulmon entero ó gran parte de su estension. Las mas veces se manifiesta en ambos pulmones, pero por lo comun en mayor abundancia en el derecho.

En otros puntos los bronquios presentan con frecuencia una materia espesa, amarillenta y adherente á sus paredes, de aspecto verdaderamente purulento. En todo lo demas solo contienen una simple mucosidad alguna veces manchada de sangre. Si se examina su membrana interna se la encuentra, á lo menos en los troncos gruesos, roja, opaca, engrosada, reblandecida, y en una palabra, tal como la hemos descrito en la bronquitis simple. En fin, se hallan vestigios de pulmonía ó de otras lesiones que por no ser propias de la enfermedad de que nos ocupamos, no debe hablarse de ellas en este lugar.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Bajo ciertos puntos de vista el diagnóstico de la bronquitis seudomembranosa no ofrece grandes dificultades, mas por el contrario, bajo otros aspectos las presenta numerosas. Empezemos por los casos mas sencillos.

No se confundirá la *bronquitis seudomembranosa* con la *laringitis* de la misma especie, si se recuerda que en la primera la voz está estinguida, la respiracion es sibilante y la tos de un

(1) *London med. Gaz.*, t. XXII, p. 330, 1838.

caracter particular, lo que no se observa en la bronquitis seudomembranosa.

En cuanto á la *pulmonía lobular*, el estertor subcrepitante, que es uno de sus síntomas, es mucho mas limitado; ademas, la enfermedad no se anuncia desde su invasion por una ansiedad estrema y por síntomas evidentes de asfixia.

La *bronquitis simple* que sobreviene en un sugeto afectado de *enfisema* pulmonar, puede dar lugar á una disnea considerable, y simular la enfermedad de que tratamos; pero la existencir de los síntomas propios del enfisema, tales como el abultamiento parcial y el sonido claro en el parage que ocupa, la debilidad de la respiracion en el mismo punto, y el estertor subcrepitante limitado á la parte posterior de los pulmones, hacen que se conozca fácilmente la enfermedad.

No compararé la bronquitis seudomembranosa con otras muchas afecciones, tales como la *laringitis edematosa*, el *asma tímicó*, etc., porque las diferencias son demasiado marcadas y los puntos de semejanza muy poco considerables para que el médico pueda tener dificultad en distinguirlas.

Pero aqui se nos presenta ahora una cuestion que es sin disputa la mas importante. ¿La *bronquitis es seudomembranosa ó no?* Al principio de la afeccion es muy dificil, ó por mejor decir imposible, resolver este problema; pero en el curso de la enfermedad se pueden observar dos signos que sirven para fijar el diagnóstico: el primero es la *espulsion de falsas membranas ramificadas,* el cual es patognomónico, pero no existe siempre. Algunas veces tambien las falsas membranas escretadas solo consisten en fragmentos muy pequeños sin forma determinada, sin ramificaciones ni disposicion tubulosa. Entonces se recurre para aclarar el diagnóstico á los demas síntomas principales. Si la voz ha permanecido intacta, si no hay dolor en la laringe ó en la tráquea, si la respiracion es notable por su frecuencia y dificultad, y si en el torax se oye un ronquido sonoro general mezclado con estertor subcrepitante diseminado y á veces con un pequeño ruido de válvula, se debe creer que los fragmentos seudomembranosos arrojados vienen realmente de los bronquios.

Cuando falta la espectoracion de las falsas membranas, queda el segundo signo, que no se debe olvidar, y es el *pequeño ruido de válvula* observado por Barth y Caseaux. Si al mismo

Digitized by Google

tiempo que se conserva la integridad de la voz se manifestasen los signos de la bronquitis capilar, y en lugar del estertor subcrepitante general y muy abundante, no se oyese mas que un ronquido sonoro mezclado con este ruido de válvula, habria razon para creer que existe una bronquitis seudomembranosa. Sin embargo, este diagnóstico no puede darse en el estado actual de la ciencia sino como muy incierto, porque para fijarle es absolutamente necesario hacer otras nuevas observaciones.

Queda por último una dificultad que han suscitado algunos autores, y principalmente Laennec. *¿Las concreciones de que se ha hablado en este artículo, son realmente seudomembranas producidas por una inflamacion específica?* Esto es lo que no queria admitir Laennec (1), quien parece que nunca las habia encontrado. Segun este autor los pólipos hallados por Murray y Cheyne serian de la naturaleza de los pólipos vesiculares de las narices, de las oidos y del cuello del útero, es decir, formados por un tejido análogo al de las membranas mucosas que contenian pequeños quistes serosos. Pero por la descripcion que hemos hecho mas arriba, se ve que esta opinion no puede sostenerse, y aun se debe suponer con Meriadec Laennec, que el autor no ha tenido á la vista las observaciones que ha citado. En cuanto á las concreciones parecidas segun algunos autores á un vaso pulmonar, Laennec piensa que son pura y simplemente concreciones sanguíneas polipiformes de los bronquios, como las que se encuentran en los hemotóicos *(lug. cit.,* pág. 252), mas la forma tubulosa de las concreciones, y la introduccion de un estilete en su cavidad no permiten admitir esta suposicion.

El doctor J. Collet (1) y mas recientemente un médico de Londres, escribiendo al doctor Duncan (2), han descrito la materia espectorada como si estuviese formada de hidátides. ¿Habrá habido error en el diagnóstico, ó existian realmente hidátides? Es muy dificil resolver esta cuestion, porque las descripciones carecen de pormenores. En el caso citado por Collet se puede creer que existian hidátides, puesto que el autor ha con-

(1) *Auscult. méd.*, t. I, cap. V, *Des polypes des bronches*, p. 250, 3.ª edicion.

(2) *A case of hydatids discharged by coughing* (*Med. Trans. of Lond.*, t. II, p. 486, 1772).

(3) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. VII, p. 490.

tado ciento treinta y cinco en cuatro meses; y esta enumeracion no parece posible en una simple escrecion de falsas membranas ordinariamente arrojadas en masa. El otro hecho presenta aun mas incertidumbre. En ningun caso hubo escrecion de hidátides enteras, lo que no hubiera dejado duda alguna.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la bronquitis seudomembranosa y del crup.*

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	CRUP.
Hay integridad de la voz, á no ser que haya complicacion.	*Ronquera* y *afonia.*
Respiracion no sibilante.	*Inspiracion sibilante.*
Tos frecuente, húmeda, sin caracter particular.	*Tos crupal.*
Ronquido sonoro, algunas veces muy estenso. *Ruido de válvula.*	*Resonancia* en el pecho de la *inspiracion sibilante.* No hay *ruido de válvula.*
Algunas veces espectoracion de *falsas membranas ramificadas y tubulosas* (signo patognomónico).	Ninguna *falsa membrana ramificada*, á no ser que haya complicacion con la bronquitis seudomembranosa.

2.° *Signos distintivos de la bronquitis seudomembranosa y de la pulmonía lobular.*

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	NEUMONIA LOBULAR.
Síntomas que se hacen *rápidamente intensos.*	Síntomas menos *rápidamente intensos.*
Ronquido muy *estenso.*	Estertor crepitante en *algunos puntos* del pecho.
Asfixia *desde los primeros dias* de la formacion de las falsas membranas.	Síntomas de asfixia *menos marcados*, y que no aparecen *hasta el fin de la enfermedad.*

Digitized by Google

3.° *Signos distintivos de la bronquitis seudomembranosa y del enfisema pulmonar con bronquitis aguda.*

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	ENFISEMA PULMONAR CON BRONQUITIS AGUDA.
Antecedentes. *Ningun acceso* de disnea.	Antecedentes. *Accesos* de disnea.
Calentura *intensa.*	Calentura *menos intensa.*
No hay *abultamiento* en ningun punto del pecho.	*Abultamiento* mas ó menos marcado y mas ó menos estenso de las paredes del pecho.
No es mas claro el sonido en un punto que en otro.	*Sonido mas claro* en el punto ocupado por el abultamiento.
Ronquido sonoro *general* y algunas veces *ruido* de *válvula.*	Estertor subcrepitante en la *parte posterior* é *inferior* de los pulmones; sibilante y sonoro en otras partes.

Es inútil añadir que en los casos en que hay espectoracion de concreciones ramosas, este signo desvanece por sí solo todas las dificultades. Asi pues, los dos diagnósticos precedentes solo son útiles cuando falta esta espectoracion.

4.° *Signos distintivos de la bronquitis seudomembranosa y de la bronquitis capilar general.*

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.
Muchas veces hay escrecion *de falsas membranas ramificadas* (signo patognomónico).	No hay *escrecion de falsas membranas ramificadas.*
Otras veces se espectoran *pequeños pedazos membranosos.*	No hay tampoco espectoracion de *pedazos seudomembranosos.*
Ronquido sonoro general, mezclado solamente con estertor subcrepitante.	*Estertor subcrepitante muy abundante*, y diseminado por todo ó casi todo el pecho.
Ruido de válvula en algunos casos.	No hay *ruido de válvula.*

Este diagnóstico diferencial necesita nuevas observaciones para quedar perfectamente establecido.

Es de sentir que Fauvel, cuyas observaciones son de tanto valor y cuya memoria es tan importante, no haya procurado

Digitized by Google

indagar si era posible distinguir durante la vida estas dos inflamaciones, evidentemente de diversa naturaleza.

Pronóstico. La enfermedad cuya historia se acaba de leer es muy grave; sin embargo como tengo ya dicho, se han referido un gran número de curaciones; pero repito es mas que probable que haya pasado desapercibido un número mayor de muertes por falta de investigaciones suficientes.

Cuando la bronquitis seudomembranosa complica otra afeccion, es casi constantemente mortal; lo es siempre cuando forma parte de una inflamacion seudomembranosa que ocupa toda la estension de las vias respiratorias.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Es muy dificil indicar con los documentos que tenemos qué tratamiento conviene mas en esta afeccion. En cada caso en particular se han empleado diversos medios, sin que ninguno de ellos haya tenido al parecer una accion muy marcada sobre el curso de la enfermedad ó sobre sus principales síntomas. En el artículo *Bronquitis capilar general* se puede ver el tratamiento aconsejado por Fauvel. Hé aqui lo mas importante que se encuentra en los hechos algo auténticos que posee la ciencia.

Se han empleado generalmente los *antiflogísticos* para combatir la irritacion local y los síntomas febriles, y se ha acudido á ellos con tanta mas solicitud, cuanto que el observador reconocia una inflamacion muy intensa de los bronquios, cuya naturaleza específica no sospechaba. Las *sanguijuelas*, las *ventosas escarificadas* al pecho, y sobre todo la *sangría general*, deben segun todos los autores usarse pero con moderacion, particularmente en los niños y en los sugetos debilitados, por temor de que á consecuencia del abatimiento de las fuerzas no se haga mucho mas dificil la espectoracion.

Muchos médicos han empleado los *vomitivos*, entre los cuales citaré á Starr, que prescribia la *ipecacuana*, y á J. Cheyne, que *administró el vino antimonial*. En las observaciones citadas por estos autores no se ve evidentemente que por la influencia de esta medicacion hayan sido desprendidas las falsas membranas y

Digitized by Google

arrojadas por la espectoracion. No obstante, si se tiene en consideracion lo que sucede en la laringitis seudomembranosa y aun en la bronquitis capilar general, hay razones para esperar muy buenos efectos del uso de los vomitivos. Por consiguiente, se los deberá administrar á una dosis bastante alta para producir vomitos abundantes. Poco importa la sustancia que se elija con tal que se consiga el efecto; sin embargo, se debe emplear con preferencia el *tártaro estibiado*, porque es muy fácil de administrar y de un efecto seguro. En el caso referido por Caseaux, Dumeril prescribió el *óxido blanco de antimonio*, que no surtió efecto alguno, y por el contrario, en la observacion del doctor Thore, hijo (*lug. cit.*), se administró la *ipecacuana* á dosis emética muchas veces, y con el éxito mas feliz.

Rara vez se han usado los *purgantes*, á los que solo se puede conceder un efecto secundario. Los médicos ingleses han prescrito mas particularmente los *calomelanos;* pero como su efecto es complexo hablaré de ellos en el párrafo siguiente.

Los médicos ingleses son los que tambien han preconizado las *preparaciones mercuriales* usadas esterior é interiormente, asi North recomienda las fricciones mercuriales en la garganta hasta producir una ligera salivacion. Si no hemos podido decidir nada acerca del valor de este medio en la historia de la laringitis seudomembranosa, con mayor razon nos seria imposible hacerlo en esta afeccion, que no se halla tan bien estudiada.

North aconseja además hacer inspiraciones con el *vapor de agua caliente cargada de éter,* y tambien quiere que se administre interiormente un escitante difusible, tal como el *licor anodino de Hoffmann*, pero no parece ha empleado estos medios en las dos observaciones que refiere.

En fin, se han usado los espectorantes, tales como el *quermes*, el *ojimiel escilítico*, etc. y se han prescrito *la quina, los baños de mar*, *las aguas de Bristol* (Warren) sin que se pueda decir nada de positivo acerca de la eficacia de estos médios terapéuticos. Los autores no han hablado de las *preparaciones opiadas*, sin embargo deben tener cierto grado de utilidad, como en todas las afecciones en que importa calmar un poco la respiracion.

Bien se nota que todo se halla todavía por hacer respecto á la terapéutica de esta grave afeccion, y por consiguiente seria pro-

Digitized by Google

longar inútilmente este artículo el insistir mas en el tratamiento. En semejantes circunstancias, el médico se ve casi siempre reducido á recurrir á los medios que se han aconsejado en enfermedades análogas pero mas conocidas. En el caso presente, segun las apariencias, el tratamiento de la laringitis seudomembranosa es el que tiene que suministrarnos los medios mas apropiados para combatir la enfermedad; asi pues, se podrán tomar de él algunas prescripciones que seria supérfluo repetir aqui.

Unicamente añadiré que se deberá tener á los enfermos en una habitacion cuya temperatura sea moderada, ponerles al abrigo de las corrientes de aire, y facilitar su respiracion teniéndolos sentados, cuando ellos por sí solos no pueden estarlo. El doctor Cheyne ha observado que en los casos en que la enfermedad tenia una forma crónica, el *frio* y el *viento nordeste* producian exacerbaciones, por lo cual los enfermos harán bien en evitar estas causas ocasionales.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas moderadas, vomitivos, purgantes, preparaciones mercuriales, inspiraciones y pociones escitantes, espectorantes y opiados.

ARTICULO V.

DILATACION DE LOS BRONQUIOS.

La dilatacion de los bronquios no ha sido conocida hasta hace muy pocos años, y si se investiga las causas de la oscuridad en que por tan largo tiempo ha permanecido en medio de los progresos de la anatomía patológica una lesion de los pulmones tan notable, no se tarda en encontrar algunas bien manifiestas. En efecto, se sabe que hasta el fin del siglo pasado se ha tenido gran repugnancia en hacer la autopsia de los sugetos que habian sucumbido de la tisis pulmonar, y por consiguiente de toda enfermedad crónica de los pulmones que pudiera simularla; por otra parte, los sugetos afectados de dilatacion de los bron-

Digitized by Google

quios no presentan las mas veces durante la vida otros síntomas que los de un catarro pulmonar crónico, sobre todo si se hace abstraccion de los signos estetoscópicos desconocidos antes de estos últimos años: en fin, no es dudoso que mas de una vez, cuando al hacer la autopsia se ha encontrado una dilatacion globulosa de los bronquios, sin proseguir las investigaciones, se ha mirado á esta lesion como una caverna tuberculosa. Por lo tanto no debe sorprender el que la dilatacion de los bronquios haya sido pasada en silencio por los autores hasta Laennec; pero luego que se descubrió la auscultacion esta afeccion fue inmediatamente conocida. Laennec la describió, y despues de él Andral, Louis y otros muchos autores añadieron á su descripcion particularidades interesantes, que voy en seguida á esponer.

Acaso se creerá que la dilatacion de los bronquios no es propiamente hablando, una enfermedad, y sí solo una lesion consecutiva á una bronquitis crónica, y que por lo mismo hubiera sido mejor decir algunas palabras acerca de ella al tratar de esta última afeccion; pero reflexionándolo bien se verá que no podia ser así. En efecto, aunque sea muy cierto que la dilatacion de los bronquios es en el mayor número de casos, sino en todos, una lesion consecutiva á la bronquitis crónica, no es menos verdad que una vez producida esta enfermedad se manifiesta por síntomas particulares y signos especiales que el práctico tiene el mayor interés en conocer. No cabe duda que solo bajo el aspecto del diagnóstico y del pronóstico ofrece interés la dilatacion de los bronquios; pero esta importancia no deja de ser muy grande, puesto que si no se conociese perfectamente la enfermedad, se la confundiria con frecuencia con la tisis pulmonar, cuyo pronóstico es infinitamente mas grave; confusion que no siempre es fácil evitar aun teniendo un conocimiento profundo del sugeto. Todo me inducia pues á tratar separadamente de la dilatacion de los bronquios.

Laennec dividia esta afeccion en dos formas principales. En la primera el bronquio estaba dilatado uniformemente en mayor ó menor estension, y en la segunda existian varias dilataciones parciales semejantes á las cavernas. Andral ha modificado esta division, añadiendo otra tercera forma que consiste en una serie de dilataciones globulosas separadas por intervalos mas ó menos grandes, y que ocupan una ó muchas ramas en una esten-

Digitized by Google

sion variable. Esta última forma es la que el médico inglés Elliotson ha llamado *dilatacion á manera de rosario*. Ya volveré á hablar de estas distinciones al tratar de las lesiones anatómicas.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se ha reservado el *nombre* de *dilatacion de los bronquios* al aumento mas ó menos considerable del diámetro de estos conductos, cuando se presenta en un punto de su estension distinto de sus estremidades vesiculares. Efectivamente, en este caso se ha designado á la enfermedad bajo el nombre de *enfisema pulmonar*.

La lesion que nos ocupa apenas se conoce en la ciencia bajo otra denominacion que la de *dilatacion de los bronquios*.

Si se ha de juzgar por el corto número de observaciones que tenemos, se debe mirar á esta enfermedad como muy poco *frecuente*. Pero esta escasez de observaciones depende sin duda, como lo ha hecho notar Laennec, de que generalmente no se han hecho las observaciones con bastante cuidado, y que á menos de llegar á un alto grado, la dilatacion de los bronquios puede pasar desapercibida. Sin embargo, no se debe creer que si las investigaciones hubiesen sido hechas con esmero, se descubriria necesariamente un gran número de ejemplos de esta lesion, pues el mismo Laennec, que examinaba atentamente todos los casos, no ha citado mas que cuatro observaciones, de las cuales dos no son suyas; Andral (1) solo ha presentad ocinco casos, entre los que se halla uno dudoso, y finalmente, el doctor Louis ha observado en el Hospital de la Piedad, de Paris, ocho ó nueve casos, casi uno por año; de esta suerte se puede decir en general que la dilatacion de los bronquios está distante de ser frecuente, sin que por eso sea una afeccion escesivamente rara.

(1) *Clin. méd.*, t. III, p. 199 y siguientes.

Digitized by Google

podia producir esta lesion; pero el único hecho en que ha fundado esta opinion no basta para ponerla fuera de duda, á pesar de que la preste cierta verosimilitud la secrecion abundante de moco que se efectúa en la coqueluche. Se ha creido que la *obstruccion* de un punto cualquiera de los bronquios podia llegar á ser una causa poderosa de su dilatacion, por el obstáculo que opone á la salida del aire y de los esputos. Indudablemente una obstruccion de esta clase que viniese á agregarse á las causas de dilatacion que ya hemos mencionado, aumentaria considerablemente el efecto de estas, porque la dilatacion de los diversos conductos escretorios detrás de un punto estrechado ú obstruido, es un hecho sumamente cierto; pero en realidad esta causa no es necesaria, puesto que en muchas observaciones, y particularmente en la de Legendre, los tubos bronquiales se hallaron en toda su estension mas anchos que en el estado ordinario, y presentaban por todas partes una salida fácil á los líquidos y á los gases.

§. III.

SÍNTOMAS.

En todos los casos que he reunido databa la *invasion* de la enfermedad de una época mas ó menos remota, y anunciaban los enfermos que hacia uno ó mas años que tenian una *tos rebelde*, con *exacerbaciones* mas ó menos violentas con intervalos variables. El niño que observó Legendre presentó la particularidad de que á los pocos dias de su nacimiento habia tenido un constipado muy intenso, que se reprodujo á menudo hasta la edad de cuatro años en que aparecieron los primeros signos bien manifiestos de la dilatacion de los bronquios.

Con tales datos ya se podria determinar en estos casos la época en que habia empezado la inflamacion de los bronquios, seguida mas tarde de la dilatacion: pero creo que nunca será posible precisar el momento en que se han dilatado estos conductos aéreos. Esta es la razon porque la invasion de la enfermedad que nos ocupa permanecerá necesariamente ignorada. En el caso que he observado, el sonido macizo del pecho, la falta de la respiracion, la tos y la calentura, podian hacer creer la existencia de una pleuresía; pero luego que una espectoracion

Digitized by Google

abundante desobstruyó los bronquios, estos signos fueron reemplazados por una respiracion bronquial y una broncofonía de las mas intensas, á las que siguió muy pronto una gran mejoría, y persistieron mucho tiempo despues de la curacion.

Los *síntomas* que se notan en los enfermos cuando se presentan á la observacion son los siguientes:

1.° *Tos* frecuente, rebelde, húmeda y poco dolorosa, á no ser que sobrevenga una bronquitis aguda.

2.° *Espectoracion* abundante de esputos opacos, con poca ó ninguna mezcla de aire, cuyo color varía del amarillo al amarillo verdoso, y á veces hasta el pardusco. Estos esputos suelen ser espesos, se pegan á la vasija y estan ligeramente envueltos en una corta cantidad de líquido semejante á la saliva batida. En cierto número de casos, la materia de la espectoracion se parece al pus líquido, y entonces es cuando principalmente se ha observado su fetidez, como se ha notado tres veces en siete de los casos que han publicado Laennec y Andral. Esta espectoracion es como la de la bronquitis crónica, mas abundante por la mañana temprano y por la noche que en el resto del dia, y hasta algunas veces hay una especie de intermitencia, de lo cual la observacion de Legendre nos ofrece un ejemplo notable. El niño en que esta ha recaido pasaba uno ó mas dias sin espectorar, y luego que trascurria este tiempo, arrojaba una cantidad enorme de esputos de aspecto purulento y de olor simplemente soso. Legendre ha calculado en unas 200 gramas (de 6 á 7 onzas) la cantidad de líquido espectorado de cada vez, y su espulsion provocaba muy frecuentemente el vómito.

3.° La *respiracion* se efectúa con un poco de *dificultad*, que en realidad solo molesta cuando una bronquitis aguda se complica con la afeccion crónica, ó cuando como ha sucedido en el caso de Legendre y en el mio, se llega á acumular en los bronquios una cantidad escesiva de mucosidades. La *opresion* es igualmente ligera, y no se observa dolor alguno manifiesto en el pecho.

4.° La *voz* no se presenta alterada, á no ser que haya complicacion.

5.° Los que principalmente importa estudiar con cuidado son los signos físicos. Segun Laennec la *percusion* da resultados de poco valor, y en efecto, es cierto que en muchos casos

Digitized by Google

no se ha percibido ninguna alteracion de sonido al nivel de la dilatacion bronquial, y entre otros, en uno que refiere Louis (1) la percusion no ha dado á conocer ninguna variacion notable. Sin embargo, cuando es muy considerable la dilatacion de los bronquios, el tejido pulmonar sufre una condensacion mas ó menos completa al rededor de la parte dilatada, lo cual da orígen á un sonido macizo bastante marcado. En los casos en que la dilatacion ocupa todos los bronquios de un pulmon ó de un lóbulo, hay un *sonido macizo* estenso que el mismo Laennec ha observado, y que existia de un modo evidente en los niños observados por Legendre y por mí.

La *auscultacion* practicada con toda la minuciosidad que podia esperarse de los observadores que dejo citados, ha dado los resultados siguientes: unas veces se percibe en grande estension del pecho un *soplo bronquial* muy fuerte, al que acompañá una *broncofonía* bien marcada, y otras la *respiracion* es *cavernosa* y hay una verdadera *pectoriloquia*. Segun Laennec, la voz, la respiracion y la tos ofrecen á menudo la sensacion del *soplo velado*, es decir, de la existencia de un velo delgado, de una membrana húmeda que flota á cada vibracion, y parece que por su presencia impide que la columna de aire penetre en el oido (2). Esta sensacion fugitiva, este matiz tan delicado, solo fue observado por Laennec y no es grande su importancia. Al mismo tiempo que los ruidos que acabo de indicar, se percibe un *estertor húmedo* y *mucoso*, mas ó menos abundante.

En un caso que observó el doctor Barlow (3) habia signos que pudieran hacer creer la existencia de un neumotorax ó á lo menos de una gran caverna, y que consistian en un soplo cavernoso muy fuerte, en el estertor mucoso de burbujas gruesas y el *retintin metálico*.

Ya hemos dicho que la obstruccion de los bronquios dilatados por las mucosidades puede impedir, por el contrario, que se note ningun signo estetoscópico posivo.

De lo espuesto resulta, que en unos casos los signos positivos de la dilatacion de los bronquios son los mismos que los de una caverna, y que en otros se asemejan á los de una indura-

(1) *Rech. anat.-path. sur la phthisie*, 2.ª edicion; Paris, 1843, obs. XI, p. 219.
(2) *Traité de l' auscult. méd*, 3.ª edicion, t. I, p. 263.
(3) *Guy s' hosp. Reports.*, 1847.

Digitized by Google

cion crónica del parenquima pulmonar. Pero hay todavía otra circunstancia que conviene no echar en olvido, y es que los signos de la dilatacion bronquial pueden hallarse en *puntos muy variables* de la estension de las paredes torácicas, y asi es que se encuentran por lo menos tantas veces atrás, hácia abajo y en la parte media del pecho, como en el mismo vértice del pulmon, lo cual constituye una circunstancia muy importante para el diagnóstico, como veremos mas adelante.

Laennec dice que no se presentan *síntomas generales*, pero hay algo de exagerado en esta asercion. Es cierto que los síntomas locales, cuya descripcion acabamos de hacer, y que parece que anuncian desórdenes tan graves en los pulmones, se hallan con bastante frecuencia en sugetos que conservan su frescura y robustez, y no tienen ningun fenómeno febril; pero cuando sobreviene una bronquitis aguda, lo cual sucede muy á menudo, no tan solo aumenta mucho la intensidad de los síntomas locales, sino que tambien puede haber un movimiento febril manifiesto, y hasta si la enfermedad se prolonga y la espectoracion es muy abundante, se pueden presentar algunos signos de demacracion. Y si bien es cierto que estos accidentes no son ordinariamente de larga duracion, y que muy pronto la enfermedad vuelve á recobrar sus caracteres de bronquitis crónica simple, tambien lo es que cuando, como en el caso citado por Legendre, la lesion es muy estensa y la afeccion antigua, se pueden manifestar el enflaquecimiento y la calentura, declarándose esta principalmente por las tardes.

En ciertos casos se ha observado la calentura hética con una demacracion evidente; pero bien se puede asegurar que entonces la dilatacion de los bronquios no constituia por sí sola la enfermedad, y que los síntomas generales dependian de una enfermedad crónica concomitante, y principalmente de la tisis pulmonar.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de esta afeccion es lento, y ya he dicho que se presentan de cuando en cuando exacerbaciones debidas á la aparicion de una bronquitis aguda, que es por lo comun cuando los

Digitized by Google

enfermos reclaman los auxilios de la ciencia. Sin embargo, la enfermedad puede tener un curso verdaderamente agudo, y en un caso que cita Louis en su *Memoria sobre el enfisema de los pulmones* (obs. VI), se hallaron los bronquios dilatados de un modo manifiesto despues de un mes de tos, de opresion y de espectoracion, lo cual no obstante no pasa de ser una escepcion rara.

En cuanto á la *duracion* de esta enfermedad, sabemos que puede ser de muchos años, pero nos es imposible asignarla límites.

Por último, no hay un solo caso en que la dilatacion haya producido evidentemente la muerte por sus solos progresos, sino que esta *terminacion* resulta las mas veces á consecuencia de otra afeccion crónica, y en algunos casos de una pulmonía que recorre su curso con rapidez.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Aqui aparecen las divisiones trazadas por Laennec y Andral. En la autopsia cadavérica se hallan unas veces uno ó mas bronquios dilatados con uniformidad en gran parte de su estension, ocupando una porcion mas ó menos considerable de un lóbulo pulmonar, y terminando á veces en una especie de fondo de saco en la superficie del órgano; otras hay una cavidad, cuya estension varía, mas ó menos bien redondeada, y en la que se abren otros bronquios menores, y finalmente, en algunas se encuentra la disposicion en forma de rosario, de que hemos hablado anteriormente.

El calibre de los vasos se halla á veces sumamente ensanchado, y se han visto dilataciones globulosas que podian contener una nuez gorda. Cuando la dilatacion ocupa gran parte del bronquio, puede á veces contener este el dedo meñique hasta un punto muy próximo á la superficie del pulmon, como sucedia en el niño que ha observado Legendre. Las paredes de las porciones bronquiales dilatadas se hallan, en el mayor número de casos, engrosadas y cubiertas de fragmentos cartilaginosos irregulares que ocupan hasta los puntos inmediatos de la superficie del pulmon. La mucosa está engrosada y granulosa

Digitized by Google

en su superficie, ha perdido su trasparencia, tiene un color rojo mas ó menos oscuro y á veces hasta negruzco, y por último, se halla reblandecida y en algunos casos en alto grado.

Algunas veces por el contrario, las paredes de la porcion dilatada de los bronquios se encuentran delgadas, trasparentes, globulosas y parecidas á ampollas. Barth ha observado un ejemplo de esta forma de la dilatacion bronquial indicada ya por Andral, y el no haber hallado el menor vestigio de inflamacion le ha hecho creer que en este caso podia muy bien la dilatacion haber sido congénita, opinion que ya habia emitido Guersant que observó la dilatacion de los bronquios en niños muy pequeños.

La materia que contienen los bronquios asi dilatados es semejante á los esputos que los enfermos han arrojado en vida. En un caso que Louis observó en el hospital de la Piedad, habia una dilatacion globulosa de un bronquio lleno de una materia amarillenta, no organizada, friable, que se desmenuzaba comprimiéndola con los dedos, como si fuera queso, en una palabra, evidentemente tuberculosa. Creo inútil decir cuán fácil era cometer un error y tomar esta dilatacion por una caverna. Algunas veces el tejido pulmonar conserva cierto grado de elasticidad al rededor de la dilatacion, y en estos casos no ofrece la percusion ningun signo de valor; pero por lo comun, y cuando la dilatacion es un poco considerable, este tejido se halla condensado como si se hubieren aproximado mecánicamente las células unas á otras, sin que por eso haya perdido su resistencia á la atraccion, en lo cual se diferencia del que rodea las cavernas tuberculosas. Este tejido es ademas impermeable al aire y no presenta granulaciones cuando se le corta. En el caso referido por Legendre, el tejido de consistencia casi escirrosa, se asemejaba por su color, densidad y consistencia, al del útero. Cuando presenta estas propiedades existe el sonido á macizo.

Estas son las lesiones que pertenecen en propiedad á la dilatacion de los bronquios, los cuales han sido descritos muy detenidamente por los autores, pero que por mi parte he debido limitarme á dar de ellas una simple indicacion. Se hallan ademas otras que corresponden á la enfermedad que ocasionó la muerte, y de las que considero inútil ocuparme en este lugar.

Digitized by Google

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. El *diagnóstico* de la dilatacion de los bronquios es, como ya dejo dicho, el punto mas importante de su historia. Veamos pues, primero, cuáles son las enfermedades con que se la puede confundir, y qué signos sirven para distinguirlas, y segundo, si es posible llegar á conocer cual es la forma de la dilatacion.

Hemos visto ya que á veces hay un sonido macizo notable en la cavidad del pecho, y al mismo tiempo un soplo y una broncofonía muy fuerte. En estas circunstancias se podria creer en la existencia de una *pulmonía* en estado agudo ó crónico, sobre todo si el sitio que ocupa la lesion es la parte posterior é inferior del pulmon, punto el mas comunmente afectado en estos casos.

Solo podria sospecharse evidentemente una *pulmonía aguda* cuando una bronquitis tambien aguda y bastante intensa llegase á complicar la dilatacion de los bronquios; en efecto, en estos casos hay mas ó menos calentura, mucha tos y además los síntomas locales que acabamos de indicar; pero si se estudiasen con cuidado todas las circunstancias de la enfermedad, se hallará que mucho tiempo antes de esta exacerbacion existia una tos habitual, que no hubo en el principio escalofrio intenso, ni trastorno de las vias digestivas, ni dolor de costado; que no se han presentado los esputos herrumbrosos, ni con ninguno de los colores propios de la pulmonía, y por último, se notará ordinariamente que aun cuando hay síntomas generales no guardan proporcion con lo muy estenso de la lesion que indican los signos estetoscópicos. Cuando ya hace bastante tiempo que desapareció la calentura y que han remitido los síntomas principales, la continuacion de estos últimos signos confirman el diagnóstico, si bien entonces es cierto que ya no tiene la misma importancia.

Hemos visto ya que en el caso que he citado, la falta de ruido respiratorio y de espectoracion, el sonido á macizo y el aparato febril podian hacer creer la existencia de una *pleuresía*

Digitized by Google

aguda; pero la poca intensidad del dolor de costado y el no percibirse la egofonía, impedian que se cometiese un error, que por otra parte solo hubiera sido posible en los primeros dias.

Cuando la pulmonía termina por un *absceso* ó por la *gangrena del pulmon*, puede dar orígen á una escavacion en la que se verifiquen fenómenos semejantes á los que presenta la dilatacion de los bronquios; pero el curso de la enfermedad y los signos que acabo de indicar bastan en tales casos para evitar una equivocacion. Sucede á menudo, como ya hemos dicho antes de ahora, que los esputos en la dilatacion de los bronquios son fétidos, lo mismo que en la gangrena del pulmon; pero en este último caso, se percibe una fetidez gangrenosa enteramente particular, que lejos de confundir el diagnóstico sirve mas bien para confirmarle.

Solo cuando la dilatacion de los bronquios no presentase ningun signo del estado agudo, se podria sospechar la existencia de una *pulmonía crónica;* pero primero, esta enfermedad es todavía mas rara que la dilatacion de los bronquios; segundo, en los casos muy poco numerosos en que se la ha observado, ha sucedido á una pulmonía aguda; de modo que recordando la invasion repentina de esta afeccion en un sugeto que gozase de buena salud, se obtiene un elemento precioso de diagnóstico; tercero, cuando la dilatacion de los bronquios se halla en tales condiciones que se pudiese cometer un error de diagnóstico, servirá para evitarle la falta de estenuacion y calentura, síntomas que acompañan á la pulmonía crónica, y que por lo comun son en ella sumamente notables.

La dilatacion de los bronquios podria confundirse, y en efecto se la ha confundido, con las *cavernas tuberculosas*. Solo es posible esta equivocacion cuando existe la dilatacion bajo la forma globulosa, error que es tanto mas grave cuanto que puede inspirar muy serios temores al enfermo ó á su familia, siendo asi que solo padece una afeccion cuyas consecuencias son poco temibles. Esta es pues la parte del diagnóstico en que debemos buscar con mas cuidado los signos distintivos de ambas afecciones. Ya hemos dicho que en la dilatacion de los bronquios no hay demacracion notable, aun cuando la enfermedad cuente ya mucho tiempo de existencia y presente síntomas sumamente graduados. En la tisis por el contrario, la demacracion em-

Digitized by Google

pieza con los primeros síntomas, y es siempre muy considerable cuando la afeccion ha llegado al punto de poder confundirse con la dilatacion de los bronquios. En una palabra, en la primera enfermedad no hay casi ninguna relacion entre el estado general del enfermo y los síntomas locales, y en la segunda es por el contrario muy evidente esta relacion.

La espectoracion tiene mucha analogía en ambas enfermedades; pero sin embargo, en la dilatacion de los bronquios no se hallan las estrías purulentas que se observan en los esputos de los tísicos, y cualquiera que sea su naturaleza, siempre es mas homogénea en la dilatacion de los bronquios, al mismo tiempo que no se observan en esta los sudores nocturnos, las hemotisis ni la diarrea habitual. La reunion de estas circunstancias basta pues en el mayor número de casos para disipar todas las dudas. En cuanto á los signos físicos ofrecen á veces algo mas de oscuridad; sin embargo, hay una circunstancia que no debe echarse en olvido, y que es sumamente importante para el diagnóstico, y es que la dilatacion de los bronquios reside con tanta frecuencia, y tal vez con mas en la parte posterior, media é inferior del pecho que en el vértice de los pulmones, al paso que es muy raro hallar la tisis pulmonar mas que en este último punto. De aqui resulta, que siempre que se hallen los signos de una caverna fuera de los límites de los lobulos superiores del pulmon, ya se debe sospechar que hay mas bien una dilatacion de los bronquios que una escavacion tuberculosa, de lo cual no quedará la menor duda cuando se compruebe la falta de los diversos síntomas de la calentura hética que acabo de referir.

Sucede algunas veces que el tejido pulmonar no está condensado de un modo notable al nivel de la dilatacion, y que por consiguiente no hay sonido macizo en este punto; el diagnóstico es entonces mas fácil, porque esto solo puede suceder en un caso de dilatacion simple de los bronquios.

Por último, debo añadir que á pesar de todos estos elementos de diagnóstico, por muy ejercitado que sea un médico en la esploracion de las enfermedades, y por mucho cuidado que ponga en esta esploracion, hay casos en que las dificultades son casi insuperables, como sucede cuando la dilatacion de los bronquios ocupa el vértice del pulmon en un sugeto de constitucion deteriorada, en cuyo caso los hombres mas hábiles

Digitized by Google

han podido creer en la existencia de la tisis pulmonar. El diagnóstico es todavía mucho mas dificil cuando esta última enfermedad coincide con la dilatacion de los bronquios, pero entonces por desgracia es de muy poca importancia.

Resta ahora resolver otra cuestion. *Reconocida ya la existencia de la dilatacion de los bronquios, ¿se puede saber cuál es su forma?* De las observaciones que poseemos resulta, que la dilatacion uniforme de una gran estension de los bronquios se manifiesta por el sonido á macizo, el soplo bronquial y la broncofonía, mezclados con frecuencia con un estertor mucoso bastante marcado; y que por el contrario, cuando la dilatacion es globulosa se perciben la respiracion cavernosa, el estertor mucoso limitado y la pectoriloquia. En cuanto á la dilatacion en forma de rosario, puede presentar todos estos signos á la vez. Debo añadir que este diagnóstico no es de gran importancia práctica, porque no tenemos noticia hasta ahora de que una de las tres formas de la dilatacion sea mucho mas grave que las otras dos.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la dilatacion de los bronquios con bronquitis aguda, y de la pulmonía aguda.*

DILATACION DE LOS BRONQUIOS CON BRONQUITIS AGUDA.	PULMONÍA AGUDA.
Antecedentes: *Tos habitual.*	Antecedentes: No habia *tos habitual.*
En la invasion de la bronquitis, *síntomas* medianamente intensos, sin *escalofrios*, ni *vómitos.*	En la invasion, *síntomas* mas ó menos intensos, *escalofrios, vómitos*, etc.
Opresion sin *dolor de costado.*	*Dolor de costado.*
No hay *esputos neumónicos.*	*Esputos herrumbrosos, anaranjados, etc.*
Síntomas generales que no guardan proporcion con los *locales.*	*Síntomas generales* proporcionados á los *locales.*

Digitized by Google

2.° *Signos distintivos de la dilatacion de los bronquios y de la pulmonía crónica.*

DILATACION DE LOS BRONQUIOS.	PULMONÍA CRÓNICA.
Antecedentes: No hubo *pulmonía aguda.*	Antecedentes : *Pulmonía aguda preexistente.*
No hay *calentura hética.*	*Calentura lenta.*
No hay *demacracion bien manifiesta.*	*Demacracion.*

3.° *Signos distintivos de la dilatacion de los bronquios y de las cavernas tuberculosas.*

DILATACION DE LOS BRONQUIOS.	CAVERNAS TUBERCULOSAS.
A pesar de ser la enfermedad antigua, *demacracion poco notable.*	*Demacracion que ha empezado con la enfermedad.*
No hay *sudores nocturnos.*	*Hay sudores nocturnos.*
No hay *hemotisis.*	Por lo comun *hemotisis.*
No hay *diarrea habitual.*	*Diarrea frecuente.*
Los signos físicos pueden oirse en *varios puntos* mas que en el vértice de los pulmones.	Se perciben los signos estetoscópicos *en los lóbulos superiores.*
A veces sonido á macizo : por lo comun es normal.	*Sonido macizo* ó *anormal* al nivel de las cavernas.

4.° *Signos distintivos de la dilatacion uniforme de los bronquios y de la dilatacion globulosa.*

DILATACION UNIFORME.	DILATACION GLOBULOSA.
Soplo *bronquial.*	Respiracion *cavernosa.*
Broncofonía *estensa.*	*Pectoriloquia.*
Estertor mucoso *diseminado.*	Estertor mucoso *circunscrito.*

Cualquiera que sea el valor de los diferentes signos distintivos que acabo de indicar, debo añadir que el medio mas seguro de formar un diagnóstico exacto es estudiar con cuidado el curso de la enfermedad é interrogar detenidamente al enfermo acerca de sus antecedentes, porque no hay una sola circunstancia de las que á estos se refieren que no tenga cierto grado de importancia.

Digitized by Google

Pronóstico. La dilatacion de los bronquios no ofrece por sí misma un gran peligro, y los sugetos cuyas observaciones poseemos, han muerto casi todos víctimas de una enfermedad crónica estraña. Sin embargo, el estado en que se hallan los pulmones y la facilidad con que los enfermos contraen bronquitis, los esponen á afecciones agudas de pecho, y especialmente á la pulmonía, que puede causar la muerte.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Fácil es concebir que una enfermedad, de la que solo poseemos un cortísimo número de ejemplos, habrá sido poco estudiada en cuanto á su tratamiento. Las mismas dificultades de diagnóstico han sido muchas veces un obstáculo á que se empleasen medios particulares contra la dilatacion de los bronquios, y asi es que á casi todos los enfermos se les ha tratado como afectados de bronquitis crónica ó de tisis pulmonar. Veamos, pues, el corto número de remedios que se han empleado en los casos observados por los autores.

Laennec prescribió en un caso una infusion pectoral á la que añadió 8 gramos (2 dracmas) de *agua de cal*, y en otro administró la pocion siguiente:

℞	Infusion de tilo................	120 gram.	(℥jv)
	Eter...................... } āā	2 gram.	(ʒß)
	Estracto de quina.......... } āā	2 gram.	(ʒß)
	Jarabe de flor de naranjo......	15 gram.	(℥ß)

Mézclese. Se toma á cucharadas.

Esta pocion tenia sin duda por objeto hacer cesar los golpes de tos que Laennec consideraba como espasmódicos.

En un sugeto observado por Andral se aplicó un *vejigatorio* al pecho, y por último, Laennec aconsejó los *amargos*, los *astringentes*, los *aromáticos*, los *balsámicos*, los *ferruginosos* y los *antiescorbúticos*, á todos los cuales es aplicable una misma reflexion: y es que, si bien segun el estudio de los síntomas, estos remedios parecen indicados en la dilatacion de los bronquios, no poseemos un solo dato que podamos invocar para poder apreciar su grado de eficacia.

Digitized by Google

No diré otro tanto de las *aguas sulfurosas*, en medio de que tampoco podemos citar en su favor ninguna observacion, pero sus efectos en la bronquitis crónica nos inducen á creer que ciertos casos que se han dado como ejemplos de verdadera tisis pulmonar curada por ellas, no eran mas que simples dilataciones de los bronquios con un catarro crónico, cuyos síntomas se habian modificado notablemente. En un caso bien comprobado podria recurrirse á este medio y con esperanza de buen éxito.

Por último, recordando la circunstancia de que la *bronquitis crónica* acompaña casi siempre á la dilatacion de los bronquios, de la que constituye por decirlo asi una parte esencial, debemos indicar como necesariamente útil el *tratamiento de esta especie de bronquitis*, al cual remito al lector.

Breve resumen del tratamiento.

Antiespasmódicos, revulsivos, tónicos, amargos, astringentes, aromáticos, aguas sulfurosas, y el tratamiento de la bronquitis crónica.

ARTICULO VI.

ESTRECHEZ DE LOS BRONQUIOS.

Esta lesion de los conductos aéreos es todavía mas rara que la dilatacion y ofrece muy poca importancia para el práctico, por cuya razon no me estenderé demasiado al hacer su historia.

Se ha citado un corto número de casos en que los bronquios se hallaban estrechados considerablemente en una estension variable, y Andral que ha reunido algunas observaciones de este género ha visto un bronquio grueso tan sumamente estrechado que apenas permitia la introduccion de un estilete. Cuando esta estrechez es aguda, depende simplemente de un engrosamiento considerable de la mucosa bronquial, en cuyo caso nunca llega al grado que acabo de indicar. Pero en las estrecheces crónicas se han hallado hipertrofiados todos los

Digitized by Google

tejidos del bronquio, y hasta Andral encontró una vez en uno de los conductos aéreos de poco calibre una masa cartilaginosa que pertenecia á sus paredes y obstruia en gran parte su cavidad.

Los *síntomas* á que da lugar la estrechez de los bronquios son poco numerosos. Segun Andral se observa una disnea habitual, que es menor cuando la estrechez es crónica que cuando es aguda. Sin embargo, no podemos admitir que este síntoma pertenecia esclusivamente á la estrechez de los bronquios en los casos que se han citado, porque existian al mismo tiempo afecciones, tales como la pleuresía y los tubérculos pulmonares, de los cuales la disnea es un síntoma.

La *percusion* no da ningun signo de valor, y por la *auscultacion* se perciben el estertor ronco ó sibilante, y á veces, como en un caso notable que ha citado Andral, una disminucion notable del ruido respiratorio en la porcion del pulmon adonde va á parar el bronquio obliterado.

Resulta pues, segun el corto número de datos que podemos presentar, que la estrechez de los bronquios es una afeccion hasta ahora muy poco conocida. Asi pues, no entraré en pormenores acerca de su *curso*, *tratamiento*, ni aun de su *diagnóstico*, del que sin duda seria muy importante tener algunas nociones positivas. Cuando trate de la compresion de los bronquios por los tumores desarrollados en la cavidad torácica, tendré ocasion de volver á hablar de esto mismo.

Solo haré una indicacion relativamente al tratamiento, y es que debe ponerse en uso el que he recomendado en la historia de la *bronquitis*.

ARTICULO VII.

ENFISEMA VESICULAR DEL PULMON.

El enfisema pulmonar no ha sido realmente conocido hasta hace muy pocos años. Muchos autores, antes de Laennec, habian observado las dilataciones mas ó menos considerables de las vesículas del pulmon; pero aun algunos, y en particular Baillie, habian notado que los sugetos en quienes se hallaban estas di-

Digitized by Google

latacioues habian esperimentado en vida una gran dificultad de respirar; puede no obstante decirse que los antiguos no tenian idea alguna exacta acerca de las relaciones que existen entre la lesion propia del enfisema del pulmon y los síntomas de esta enfermedad. Para convencerse de esto basta leer las observaciones que se hallan en las obras de Morgagni (1), Stork, Ruisquio, etc., observaciones cuyos detalles se refieren casi esclusivamente á la anatomía patológica. Estudiando Laennec con su sagacidad ordinaria las enfermedades crónicas del pulmon, no tardó en hallar en los sugetos que creia afectados de asma comun, una dilatacion mas ó menos considerable de las vesículas bronquiales, lo que le condujo muy pronto á trazar una historia detallada de la enfermedad. Mas tarde publicó Louis (2) acerca de esta afeccion una memoria llena de pormenores interesantes y reflexiones nuevas. En estos últimos tiempos ha espuesto Beau (3) algunas consideraciones sobre el mecanismo con que se efectúa el enfisema pulmonar. Finalmente, en los principales tratados de auscultacion se hallan descritos minuciosamente los signos de esta afeccion.

No faltan pues elementos, y elementos muy exactos, para hacer la historia de esta enfermedad tan sumamente interesante; pero al ocuparnos de este trabajo no dejaremos de hallar un número bastante considerable de cuestiones dificiles de resolver, y respecto á las cuales observadores muy distinguidos emiten opiniones opuestas, que nos darán motivo para suscitar discusiones importantes.

La historia del asma, tal cual nos la dejaron los antiguos, ofrece tan gran confusion, que es bastante dificil determinar la parte exacta que corresponde al enfisema pulmonar en esta afeccion tan complexa. No obstante, como mi opinion estará siempre basada en las observaciones, puedo atreverme á esponer el estado actual de la ciencia, sin temor alguno de caer en error.

Los autores han dividido el enfisema pulmonar en dos especies particulares: la primera es el *enfisema vesicular*, es de-

(1) Epist. IV, 24; XVIII, 14, y XXII, 12 y 13.

(2) *Mémoires de la Societé médic. d' obs.*, t. I; Paris, 1837.

(3) *Étud. théor. et prat. sur les bruits dans les voies respiratoires* (*Archives de médec.*, 3.ª serie; Paris, 1840; t. IX, p. 377).

Digitized by Google

cir, el que tiene como carácter anatómico el desarrollo anormal de las vesículas, y el segundo el *enfisema interlobular*, ó sea el que está caracterizado anatómicamente por la infiltracion del aire en el tejido celular que se halla entre las vesículas y los lobulos pulmonares ó la pleura. Presentaré por separado la historia de estas dos afecciones, empezando por la del *enfisema vesicular*, que es á lo que destinamos esclusivamente este artículo.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA

Por de pronto se nos presenta ya aqui una dificultad, puesto que los autores no se hallan conformes acerca de los caracteres que distinguen el enfisema pulmonar de las demas afecciones del pulmon. ¿Se puede decir que esta enfermedad es la *dilatacion de las vesiculas bronquiales?* A esto se responderá que la dilatacion de las vesículas es solo el resultado, mas no la causa orgánica de la enfermedad. ¿Debemos definirla un *catarro con disnea intermitente?* Pero tambien veremos mas adelante que no está demostrado que sea esencial el catarro para que se desarrolle la afeccion como lo creen algunos autores. Por último, ¿no debemos atender mas que á los *accesos de disnea* en sí mismos? Pero está perfectamente probado que puede reconocerse positivamente la enfermedad aun faltando estos accesos. En medio de estas dificultades, solo puede definirse el enfisema pulmonar reuniendo los principales caracteres de esta afeccion, y asi diremos que es una enfermedad caracterizada durante la vida, por *un aumento de capacidad de mayor ó menor estension de las paredes torácicas; por el aumento de sonoridad del torax y disminucion de ruido respiratorio en los puntos dilatados; por accesiones mas ó menos frecuentes de disnea;* y despues de la muerte, *por una dilatacion manifiesta de las vesículas pulmonares.*

Antes de los trabajos de Laennec solo se conocia la enfermedad de que nos estamos ocupando con el nombre de *asma;* pero en la actualidad está generalmente admitido el de *enfisema pulmonar*. Sin embargo, Beau, temiendo dar con esta espresion demasiado valor á las lesiones anatómicas, quiere que se vuel-

Digitized by Google

va á la denominacion antigua, lo cual, despues de lo que dejo dicho, no puede admitirse de ningun modo.

El enfisema de los pulmones es una de las enfermedades *mas frecuentes*, tanto que Louis pudo observar noventa casos en el espacio de menos de dos años, y en la actualidad que se conocen mejor los signos, apenas hay un médico que no encuentre en su práctica esta enfermedad un gran número de veces. Lo que todavía prueba mejor la frecuencia de esta enfermedad, es el haber notado Louis que de cincuenta individuos muertos del cólera, veintitres la habian padecido en diversos grados. Si por último, se añade que la mayor parte de los casos designados antes de ahora con los nombres de *disnea, ortofnea*, *asma y accesos de sufocacion,* eran otros tantos casos de enfisema pulmonar, creo que habré dado una idea exacta de la mucha frecuencia de esta afeccion.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Falta todavía mucho que hacer para el estudio de las causas del enfisema. Las observaciones de Louis y Jackson, que no dejan de ofrecer detalles sumamente importantes, son sin embargo, segun confesion del primero de estos dos observadores, incompletas en cuanto á las causas. En ellos sin embargo, es donde deberemos buscar los datos mas positivos.

El enfisema pulmonar puede presentarse *desde la infancia*, y asi Lediberder ha encontrado vesículas dilatadas en niños recien nacidos que habian sucumbido de afecciones primitivamente estrañas á los órganos torácicos. Hasta puede decirse que en los primeros años de la vida es cuando se manifiesta el mayor número de casos de esta enfermedad, porque aun cuando es cierto que proporcionalmente es mucho mas frecuente en la vejez, esto consiste en que el enfisema pulmonar es una afeccion por lo comun muy crónica, que tiende siempre á hacer progresos, y que por consiguiente continúa hasta una edad avanzada.

Digitized by Google

No hallamos en los autores datos positivos acerca de la influencia de los *sexos* en el desarrollo de esta enfermedad.

Respecto á la *constitucion* hay mucha variedad en las observaciones que se han publicado. En los individuos que hemos observado por nosotros mismos, se hallaba por lo comun muy debilitada, pero esta debilidad de la constitucion es ordinariamente la consecuencia y no la causa de esta enfermedad.

Merece estudiarse la *herencia*, porque Jackson (1) ha observado que de veintiocho individuos que padecian enfisema pulmonar, diez y ocho eran hijos de padres afectados de la misma enfermedad, al paso que de cincuenta que no tenian enfisema, solo tres procedian de padres que habian padecido asma; y lo que ha tenido Jackson muy buen cuidado de notar, ha sido que se demostraba principalmente la herencia en los sugetos que padecian la afeccion desde sus primeros años, circunstancia sumamente notable, y que ya nos induce á admitir que *no todo es mecánico* en la produccion del enfisema vesicular del pulmon.

No se ha indagado bastante la influencia de las diversas enfermedades en el desarrollo del enfisema vesicular; sin embargo, Fauvel (2) ha demostrado que la bronquitis capilar está casi constantemente acompañada de una dilatacion aguda de las vesículas pulmonares, de la que me ocuparé mas adelante, y Grisolle (3) ha examinado sus observaciones para saber si la pulmonía daba un resultado semejante, asegurándose por este medio de que no sucedia esto.

Tales son los datos que poseemos acerca de las causas predisponentes, que como hemos visto, son poco numerosos y menos exactos, por lo que recomiendo este punto á los observadores.

2.° Causas ocasionales.

Las causas ocasionales son las que fijaron mas especialmente la atencion de los autores, y en particular de Laennec. «El enfisema pulmonar, dice este, se desarrolla casi siempre *á consecuencia de catarros secos* intensos y estensos, y casi todos los in-

(1) *Mém. de M. Louis;* lug. cit., p. 55.
(2) *Rech. sur la bronch. capill.;* Tesis, Paris, 1840.
(3) *Trait. de la pneumonie aux différents âges;* Paris, 1841, p. 462, en 8.°

Digitized by Google

dividuos asmáticos presentan por esta causa, en la autopsia, una dilatacion mas ó menos manifiesta de cierto número de células bronquiales. Esta observacion conduce en mi juicio á concebir de una manera meramente física la dilatacion de las células pulmonares. Hemos dicho ya que en el catarro seco se hallan á veces completamente obstruidas las ramificaciones bronquiales pequeñas, bien sea por esputos anacarados, bien por la tumefaccion de su membrana mucosa; y como los músculos que sirven para la inspiracion son fuertes y numerosos, y la espiracion, por el contrario, solo se verifica por la elasticidad de las partes y la contraccion débil de los músculos intercostales, debe suceder muy á menudo que despues de haber vencido el aire en la inspiracion la resistencia que le oponen las mucosidades ó la tumefaccion de la membrana bronquial, no la puede vencer en la espiracion, y se halle encerrado por un mecanismo análogo al de la culata de una escopeta de viento.» Vemos pues que Laennec esplica la dilatacion de las vesículas por la acumulacion del aire en esta cavidad, cuya abertura está obstruida.

Beau ha adoptado esta esplicacion, y no tan solo admite como causa ocasional la existencia del catarro seco, sino tambien la del catarro pituitoso, el cual en efecto puede, segun este observador, obstruir los bronquios de modo que produzca la acumulacion de aire de que habla Laennec.

Louis no participa de esta opinion, y para la mejor claridad de este asunto creo necesario dar algunas esplicaciones. Laennec no tan solo ha indicado el catarro como causa ocasional, sino que tambien señaló como caracter esencial del enfisema el estertor subcrepitante, que es un signo de la bronquitis capilar. Louis ha creido que Laennec atribuia la dilatacion á la acumulacion del líquido producida por esta bronquitis capilar, cuyo signo físico parecia á este último autor un caracter patognomónico. Ya hemos visto que la esplicacion de Laennec es un poco diferente, de donde se sigue que la objecion de Louis pierde su fuerza relativamente al mecanismo de la produccion del enfisema. Por mi parte hasta me atrevo á decir que la gran frecuencia de los estertores sibilitante y ronco en el enfisema, asi como la existencia casi constante de la tos y de un catarro pulmonar anterior á la dilatacion, dan cierto valor á la opinion de Laennec y Beau; sin embargo, hay algunas consideraciones

Digitized by Google

que prueban que la dilatacion no es puramente mecánica, y que para que se efectúe se necesita una predisposicion particular que se oculta á nuestras investigaciones. Ya hemos dicho que la enfermedad tiende á trasmitirse por herencia; ¿no habrá en estos casos algo mas que la simple trasmision de la facilidad á contraer la bronquitis?

Pero sigamos mas adelante: Laennec dice que el enfisema pulmonar se desarrolla *casi siempre* á consecuencia de un catarro; luego hay casos en que no ha existido este catarro antecedente. Sin embargo, Beau afirma que no se necesita que el catarro haya durado mucho tiempo para que produzca el enfisema; que desde que el primero ocasione la obstruccion de los bronquios, puede desarrollarse el segundo y con mucha rapidez. El hecho es cierto, pero hay casos que no se prestan á esta esplicacion. En efecto, Louis ha observado dos enfermos que no presentaban disnea, ni ningun otro signo del catarro pulmonar, al mismo tiempo que existian, y en alto grado, los síntomas físicos del enfisema, por lo que es evidente que en estos dos casos no seria posible hallar la causa indicada por Laennec. Además, veremos por la descripcion que vamos á hacer, que el enfisema invade primero y con preferencia el borde anterior del pulmon, de tal modo que en su invasion está casi siempre limitado á esta parte del órgano. ¿Cómo esplicar este hecho en la teoría de Laennec y de Beau? Indudablemente no se irá á admitir que los únicos bronquios afectados de catarro y obstruidos son aquellos cuyas estremidades van á parar al borde cortante del órgano. Finalmente, Longet (1) ha referido esperimentos que prueban que las paredes de las vesículas pulmonares se hallan dotadas de contractilidad, y que la seccion del nervio vago las paraliza, resultando de aqui el enfisema.

¿Qué debemos concluir de todo esto? Que si es cierto que el catarro pulmonar, dando origen á una secrecion viscosa y por consecuencia á una dilatacion de los conductos bronquiales, puede producir la dilatacion de las vesículas, esta causa no es constante, sino que se necesita en los sugetos una predisposicion particular que no podemos apreciar; en una palabra, y

(1) *Comptes rendus de l' Académie des sciences,* sesion de 5 de diciembre de 1842.

vuelvo á repetirlo, que *no todo es mecánico* en la produccion de esta enfermedad.

Contribuye tambien á confirmar esta opinion el haberse observado que una simple emocion moral ha dado origen al enfisema pulmonar, de lo cual ha visto Laennec dos ejemplos, y Louis refiere otros dos casos que observó con todo cuidado. Por último, el mismo Laennec ha reconocido que en ciertos casos la dilatacion de las células es primitiva y el catarro consecutivo.

Este último autor considera tambien como causa ocasional los *grandes esfuerzos inspiratorios* que obligan á retener por mucho tiempo en los pulmones el aire inspirado, como por ejemplo, cuando se toca un instrumento de viento, y asimismo le parece capaz de producir el mismo efecto cualquiera *compresion de los troncos bronquiales gruesos*, pero esta opinion no se halla apoyada en hechos concluyentes.

Resulta pues, que queda todavía mucho que hacer si se ha de dar al estudio de las causas del enfisema pulmonar el grado de precision que es necesario; y es tanto mas de desear que los observadores dirijan su atencion hácia este punto, cuanto que en semejantes casos el estudio de las causas no es un objeto de mera curiosidad, sino que puede tener gran influencia en el tratamiento de la enfermedad.

§. III.

SÍNTOMAS.

Ya Laennec habia hecho una descripcion bastante detallada de los síntomas del enfisema pulmonar, pero Louis ha sido el que le ha dado el grado de precision con que se nos presenta en la actualidad, y asi de él será de quien tome los principales pormenores en que voy á entrar.

Invasion. Ya hemos dicho que con mucha frecuencia data la *invasion* de una época muy remota. En estos casos, unas veces se acuerdan los enfermos de que hacia ya mucho tiempo que se fatigaban estraordinariamente, y que en los primeros tiempos la afeccion ha tenido una intensidad bastante considerable, y otras por el contrario, refieren que su opresion, poco notable en un principio, ha progresado con lentitud, sin adquirir cier-

Digitized by Google

ta violencia hasta despues de algunos años. En aquellos en que la enfermedad depende de una emocion moral, se presenta desde el principio con una intensidad manifiesta.

Síntomas. Es tan considerable el número de enfermos en quienes se presenta una *disnea*, tanto mas notable cuanto mayor es la estension que ocupa el enfisema, que los casos en que no existe este síntoma deben considerarse como simples escepciones. Por lo comun se acuerdan los sugetos que desde su infancia eran muy cortos de aliento, y que nunca han podido entregarse fácilmente á los juegos de esta edad. En todos los casos en que se ha podido estudiar los individuos por un espacio de tiempo bastante considerable, se ha observado esta disnea en mas ó menos grado, y una vez aparecida persiste y en el mayor número de veces hace progresos sensibles.

Accesiones de disnea. Entre los trastornos de la respiracion, los mas notables son las *accesiones de disnea* que se reproducen con una intensidad que varía segun los sugetos, y que todos los autores habian descrito con el nombre de *ataques de asma*, hasta que Laennec demostró la relacion que existe entre la dificultad de respirar y la dilatacion de las vesículas bronquiales. En estas accesiones, como les falta de pronto el aire á los enfermos, se sientan en la cama ó se arrojan de ella y hacen esfuerzos considerables para hacer entrar en el pecho una cantidad suficiente de este fluido, y cuando la disnea llega á un alto grado se agarran á un cuerpo sólido á fin de proporcionar un punto de apoyo á los músculos inspiradores, cuyas contracciones llegan á ser sumamente violentas. Los ojos se ponen huraños, la cara espresa el terror y comunmente hay una lividez notable de los labios; en una palabra, se observan todos los signos de la asfixia inminente. Estas accesiones varían mucho en cuanto á su intensidad; hay enfermos que solo esperimentan un simple aumento de su dificultad habitual de respirar, al paso que en otros aparecen de repente los síntomas violentos que acabo de describir. Estas son las variedades que los antiguos designaron con los nombres de *disnea*, *asma*, *ortofnea* y *afnea*, y de las cuales hacian otros tantos estados patológicos diferentes. Se ha buscado la causa de estas accesiones, pero algunas veces es dificil reconocerla por mucho cuidado que se ponga en estudiar las circunstancias en que se halla colocado el enfermo: sin em-

Digitized by Google

bargo, se ha comprobado que la existencia de un catarro pulmonar agudo hace aumentar considerablemente su número é intensidad, lo cual quizá ha dado orígen á la opinion sin duda alguna demasiado esclusiva de Beau.

A la disnea acompaña habitualmente un *sentimiento de opresion* detrás del esternon. Los enfermos temen y evitan con el mayor cuidado todo cuanto sea capaz de alterar la respiracion, como las corridas rápidas, el inspirar un aire frio, el aspirar polvos irritantes, etc.; no pueden leer en alta voz sin sufocarse, y cuando hablan de prisa, cortan un discurso con inspiraciones altas y á veces ruidosas. Sin embargo, la voz no se altera sensiblemente, ni se nota ningun síntoma cuyo asiento sea en la laringe, asi como en el pecho los hay sumamente notables, y de ellos vamos ahora á ocuparnos. Pero antes estudiemos el estado de las paredes torácicas.

En todos los casos que han observado Louis y Jackson, se habia alterado la *configuracion del torax*. Ya Laennec habia indicado la figura globulosa que presentaba el pecho, pero no habia estudiado ni con mucho sus alteraciones de forma con tanto cuidado y con tan buenos resultados como lo han hecho los dos autores que hemos citado. La deformidad del pecho consiste en el mayor número de casos en una *prominencia* mas ó menos grande, limitada por lo comun á un lado solo y ordinariamente al izquierdo, que empieza por debajo de la clavícula y se continúa hasta cerca de la region mamaria, y á veces un poco mas allá en la estension de unos 9 centímetros (45 lineas). Esta prominencia, cuyos límites se confunden insensiblemente con el resto de las paredes torácicas, depende no tan solo del movimiento de elevacion ó depresion de las costillas, sino tambien de la tension manifiesta de los músculos intercostales, de modo que no se percibe la depresion que en el estado normal existe entre las costillas. Algunas veces la prominencia ocupa los dos lados del pecho, y entonces el enfisema es doble. Tres veces en seis casos se halló esta combadura en la parte posterior del torax.

Cuando la enfermedad llega á su mas alto grado, esta dilatacion invade todo el pecho, que aparece entonces globuloso, como lo habia observado Laennec.

Hay tambien otra prominencia notada por Louis, que se

Digitized by Google

encuentra con bastante frecuencia y que tiene su asiento detrás de las clavículas. En los sugetos que las presentan, *está borrado el hueco supraclavicular*, y se continúa sin interrupcion el plano de la parte anterior del pecho con las partes laterales del cuello.

Acabamos de describir la deformidad del pecho como un signo propio del enfisema pulmonar; pero Beau opina de muy diverso modo, y segun él, en un número bastante considerable de los casos en que se ha hallado una prominencia de la parte anterior del pecho, no existia mas que una de esas prominencias fisiológicas que ha estudiado el doctor Woillez (1). Beau se funda: 1.° en que la prominencia del enfisema se ha hallado con mas frecuencia en el lado izquierdo, en el que se presenta con preferencia la combadura fisiológica; y 2.° en que en los casos en que la prominencia depende de la dilatacion del pulmon, no es constante, sino que desaparece con el catarro, causa primitiva de su formacion. La primera objecion no me parece de gran valor, si se atiende á que no es tan solo una prominencia la que se ha observado, sino tambien una elevacion anormal de los espacios intercostales, y como veremos mas adelante, un aumento de sonoridad y una disminucion de intensidad del ruido respiratorio en el punto que ocupa la combadura, lo cual prueba que esta es verdaderamente patológica. En cuanto á que desaparece la prominencia luego que se cura el catarro, todo induce á creer que si sucede asi, es solo en casos puramente escepcionales, porque desde que se ha publicado la memoria de Beau, he procurado comprobar este hecho sin que me haya sido posible conseguirlo: por otra parte, ya hemos dicho antes de ahora que Louis ha observado la prominencia en sugetos que no habian padecido catarro.

He insistido en este particular, porque la opinion de un observador tan distinguido como Beau es de gran peso, y además porque interesa muchísimo para el diagnóstico el conocer exactamente el valor del síntoma de que se trata.

La *percusion* del pecho suministra datos muy útiles, porque en todos los puntos en que se halla esta dilatacion parcial ó general de que acabamos de ocuparnos, hay un *aumen-*

(1) *Rech. prat. sur l' insp. et la mensurat. de la poitrine;* Paris, 1838.

Digitized by Google

to manifiesto de la resonancia del torax. Louis no ha hallado mas que una escepcion á esta regla, y eso en un sugeto cuyos músculos gruesos no permitian practicar bien la percusion.

No son menos importantes los signos que ofrece la *auscultacion.* Lo primero que se nota es una *disminucion manifiesta del ruido respiratorio*, y para observarla es necesario tener siempre cuidado de auscultar el pecho en los dos lados y en puntos perfectamente correspondientes. Algunas veces reemplaza á esta debilidad del ruido respiratorio una aspereza mas ó menos marcada, y al mismo tiempo se percibe en varios puntos del pecho un *estertor ó sibilante ó sonoro*, con sus diversas variedades *(arrullo de tórtola*, *cuerda de contrabajo*, *etc.)*, que en algunos casos se halla limitado á la prominencia del torax, es decir, como lo ha hecho notar Louis, á la parte de los pulmones en que es mas manifiesta la dilatacion de las vesículas, lo cual le ha dado motivo para decir que el estertor sibilante, aunque comun á varias enfermedades, tiene quizá algo de propio del enfisema.

Se percibe tambien en algunos casos un estertor subcrepitante, que Laennec ha dado como un signo enteramente patognomónico, y que se nota en la parte posterior é inferior del pecho, en la base de ambos pulmones. Pero Louis ha conocido pronto que este estertor subcrepitante que se verifica, como acabamos de decir, en un punto muy distante del sitio de la enfermedad, no es mas que un signo del catarro pulmonar agudo, que á veces viene á aumentar la intensidad de los síntomas del enfisema pulmonar, de lo cual es fácil convencerse siguiendo con atencion el curso de la enfermedad. Beau dice que ha hallado muchas veces el estertor subcrepitante en la parte anterior del pecho, aun cuando era mas abundante y mas estenso en la parte posterior. Estos hechos prueban que la bronquitis intercurrente ocupaba gran estension del pulmon, al que no habia invadido, como lo hace comunmente, empezando por la parte inferior; pero no que el estertor subcrepitante esté ligado particularmente al desarrollo del enfisema, ni que sea un signo patognomónico, como creia Laennec.

En la mitad de los casos poco mas ó menos, hay un dolor poco considerable de pecho al nivel de la prominencia que cor-

Digitized by Google

responde á las células dilatadas, cuyo dolor no aumenta ni durante la inspiracion ni por los esfuerzos de la tos.

La *tos* es uno de los síntomas mas constantes del enfisema, y constituye un nuevo motivo para admitir la relacion íntima de un ligero catarro crónico con esta afeccion. Sin embargo, Louis hace notar que en todos los casos que ha observado, empezaron la disnea, y con bastante frecuencia la opresion antes de la tos; pero se puede admitir que el catarro ligero de que se trata, y que Laennec clasificaba entre los catarros lentos, ha podido ser en un principio bastante intenso para ocasionar la disnea sin producir una tos notable. Por otra parte, el síntoma de que nos estamos ocupando nunca llega á adquirir una gran intensidad, á menos que no haya una de esas bronquitis agudas, de que ya hemos hablado.

Los *esputos*, aunque no haya catarro agudo con estertor subcrepitante en la parte posterior del pecho, son mas ó menos espumosos, con mucha mezcla de aire, medio vidriosos, parecidos á una solucion de goma, ó á veces aperlados y nacarados. Cuando por el contrario existe el catarro, se observan los esputos del segundo período de la bronquitis, es decir, los verdosos, opacos, con poca mezcla de aire, ó agrisados y ligeramente estriados de sangre.

Estos son los síntomas que pertenecen en propiedad al enfisema pulmonar, y los que sirven para fijar de un modo exacto el diagnóstico; pero hay aun otros que vamos á indicar rápidamente.

Cuando ha durado mucho tiempo la enfermedad, suelen sobrevenir *palpitaciones* y *el edema*, cuyos síntomas dependen de una *hipertrofia* mas ó menos considerable del *corazon,* que se reconoce por sus signos ordinarios. Esta aparicion del aneurisma del corazon en los enfermos afectados de enfisema pulmonar, ha hecho creer á algunos observadores que el asma era debido á la primera de estas dos afecciones; pero estudiando con cuidado el curso de la enfermedad, se halla que las primeras palpitaciones y todos los síntomas que dependen de la hipertrofia del corazon, se habian presentado mucho tiempo despues de empezar el enfisema; de modo que esta hipertrofia, lejos de ser la causa del asma es tan solo un efecto.

Cuando no hay catarro agudo intenso, la circulacion no

Digitized by Google

presenta nada de particular, á no ser que haya una hipertrofia considerable del corazon; pero cuando se declara este catarro, se desarrolla la *calentura* á veces con intensidad, el pulso se hace duro y frecuente, aumenta el calor de la piel, la cara se pone animada, y hay á veces agitacion; en algunos casos aumentan tambien de intensidad los dolores del pecho, y si se recuerda que es muy considerable la disnea, no debe causarnos sorpresa el que en estos casos se haya podido creer que habia una verdadera pulmonía. He tenido muchos enfermos de esta clase en la Salitrería, y en los cuales solo el conocimiento de los antecedentes, la existencia del estertor subcrepitante en ambos lados de la parte posterior del pecho, y el persistir el sonido normal, podian evitar que se cometiese un error de diagnóstico.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es esencialmente crónico, variando sin embargo mucho en los diversos sugetos. Las accesiones son en unos casos muy frecuentes y muy violentas, y en otros sumamente raras y muy poco intensas. Ya hemos visto que la causa de estas exacerbaciones de mayor ó menor duracion, es por lo comun la aparicion de un catarro pulmonar agudo.

En cuanto á la *duracion* de la enfermedad, es ilimitada y se hallan con frecuencia sugetos que presentaron síntomas desde su niñez hasta una edad bastante avanzada. He tenido en la Salitrería una muger con un enfisema pulmonar en su mas alto grado, y una disnea estrema, que veinte años antes habia servido á Laennec para citarla como ejemplo en sus lecciones de clínica. Louis ha hallado algunos casos en que el curso de la enfermedad ha sido rápido; pero son muy raros.

¿ El enfisema puede terminar por la muerte ? Creo que R. Prus (1) es el único que ha admitido esta *terminacion*. Este autor ha observado cierto número de casos en los cuales ha ocurrido la muerte sin que se pudiese atribuir la asfixia á la

(1) *Memoires de l' Académie de médecine,* Paris, 1843, t. X, p. 635.

Digitized by Google

acumulacion de las mucosidades en los bronquios, ni á una afeccion del corazon, y yo mismo he observado un caso semejante en la Salitrería; pero creo necesario decir que habia sobrevenido una exacerbacion violenta, consecutiva al desarrollo de una bronquitis capilar aguda, enfermedad que haciéndose mas grave por su complicacion con el enfisema, ha debido contribuir mucho al resultado funesto. Lo mismo ha sucedido en el caso que cita Odoardo Turchetti (1). Puede decirse que si hay casos en que el enfisema pulmonar sea capaz, por solo sus progresos y sin el concurso de otra enfermedad, de ocasionar la muerte, estos casos son sin embargo raros.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Vamos á indicar muy rapidamente las lesiones halladas en el pulmon y descritas con sumo cuidado por Laennec, y despues por Louis, que ha añadido algunos pormenores muy interesantes á los que nos ha dejado el primero de estos observadores.

En una porcion de pulmon mas ó menos estensa se hallan dilatadas las vesículas pulmonares algunas veces hasta el punto de romperse estas pequeñas cavidades. El enfisema ocupa á menudo toda la estension del pecho, y en este caso es mas manifiesta la dilatacion hácia el borde anterior del pulmon. Cuando la lesion es parcial, se la halla tambien en la parte anterior del órgano. Si las vesículas se han dilatado de un modo escesivo, forman por su reunion prominencias aplanadas, de figura y dimensiones variables y cuyas especies de apéndices se hallan casi siempre en los bordes cortantes de los pulmones.

La dilatacion de las vesículas varía mucho. Algunas veces los saquitos membranosos que forman al reunirse llegan á tener hasta 2 y 3 centímetros (10 á 15 líneas) de diámetro, y al rededor de estos apéndices presentan las vesículas una dilatacion mucho menor, pero siempre bastante marcada. Laen-

(1) *Memoriale della medicine contemp.*, 1844.

Digitized by Google

nec ha hallado en la superficie de los pulmones un número tan considerable de estas vesículas prominentes, que les daban una gran semejanza con los pulmones vesiculosos de la familia de los batracianos, analogía que ya el doctor Matías Baillie (1) habia indicado. Habiendo cortado el primero de estos observadores estas prominencias globulosas, ha visto que en el punto en que empiezan á sobresalir de la superficie del pulmon, presentan una simple estrangulacion que las hace comunicar con una cavidad cuyas paredes no se aplastan despues de la incision, y en cuyo fondo se perciben unas aberturitas por las que comunican igualmente con las células inmediatas y con los bronquios. R. Prus, fundándose en que estas cavidades son irregulares y tienen paredes muy delgadas, cree que dependen, no de una dilatacion de las células bronquiales, sino de una estravasacion del aire en el tejido interlobular, y asi es que para este autor, y al contrario de lo que hemos dicho antes de ahora, el enfisema interlobular es mas frecuente que el vesicular. Pero siguiendo el desarrollo de las lesiones anatómicas, se nota que consisten primitivamente en una simple dilatacion de las vesículas, las cuales, cuando esta dilatacion llega á su mas alto grado, se rompen y de este modo se reunen. Ademas la comunicacion que Laennec ha señalado y que acabamos de indicar, se opone á que se pueda admitir, sin nuevas demostraciones, la opinion de R. Prus.

En los puntos que ocupan estas vesículas dilatadas, el tejido pulmonar ofrece mayor resistencia, y cuando despues de haberlas comprimido fuertemente con los dedos se ha logrado espeler el aire contenido en las células, se le halla mas grueso y mas denso que en los demás puntos del pulmon, lo cual depende de la hipertrofia de las paredes vesiculares. Cuando el enfisema ocupa gran parte de la estension del pulmon, la cavidad del pecho parece demasiado estrecha para contener este órgano, el cual se dilata en el momento en que se abre esta cavidad.

Piedagnel (2) ha descrito un enfisema particular, caracterizado principalmente por esa crepitacion de los pulmones que se considera generalmente como un indicio del estado sano de estos

(1) *Morbid anatomy*, Londres, 1818, 5.ª edicion, p. 78.

(2) *Mém. sur l' état sain et sur l' emphysème des poumons.*

Digitized by Google

órganos; pero como Piedagnel cree que en este caso hay una rotura de las vesículas pulmonares, no nos ocuparemos de este asunto hasta que tratemos del *enfisema interlobular.*

Es lástima que los autores no hayan examinado con mas atencion el estado de la membrana mucosa de los bronquios, porque hasta el mismo Laennec, que tanta importancia daba á la inflamacion de esta membrana, no ha buscado los vestigios de esta lesion despues de la muerte; este es un vacío que no me es posible llenar, y que le creo digno de ocupar la atencion de los observadores.

Se ha hallado con mucha frecuencia el aparato circulatorio, y principalmente los vasos pulmonares de sangre negra, ingurgitados de este líquido R. Prus ha notado un estado particular de la sangre, que le da cierta semejanza con la pez, y que le parece propio del enfisema.

En cuanto á las lesiones de los demás órganos, no hallo mas que la hipertrofia del corazon que pueda referirse á la enfermedad que nos ocupa: pero no me detendré en describirla, porque esta alteracion orgánica no presenta nada de particular.

Segun las observaciones de Louis, no parece que haya ninguna relacion entre la tisis pulmonar y el enfisema de los pulmones, porque en los sugetos que han padecido esta última afeccion se ha hallado con menos frecuencia tubérculos que en los que han muerto de cualquiera otra enfermedad.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Diagnóstico. Si se han estudiado con atencion los síntomas y el curso del enfisema pulmonar, es dificil confundir esta afeccion con ninguna otra de las enfermedades que puedan ocasionar la disnea.

No se la confundirá con la *dilatacion de los bronquios*, porque en esta la respiracion es bronquial ó cavernosa al nivel del punto que ocupa la enfermedad; porque hay broncofonía y no se presenta la disnea por accesiones separadas unas de otras como en el enfisema pulmonar.

Hemos dicho ya que en el enfisema hay un aumento de resonancia en mayor ó menor estension del pecho, con debili-

Digitized by Google

dad del ruido respiratorio, y que escepto en circunstancias puramente particulares no hay movimiento febril. No es pues necesario mas para distinguirle de la tisis tuberculosa en la que se halla un sonido oscuro debajo de las clavículas, con demacracion y calentura mas ó menos marcadas, y esto aun cuando todavía no se note por la auscultacion mas que una simple disminucion en la intensidad del ruido respiratorio.

El *aneurisma de la aorta* da origen á una combadura y una disnea notable, y si se comprime un tubo bronquial se nota, auscultando, la disminucion y á veces la falta completa del ruido respiratorio en un punto del pecho; pero bastan para disipar todas las dudas el sonido á macizo al nivel del combadura, la energía de los latidos y por lo comun un ruido de fuelle ó de lima.

¿Deberemos establecer ahora un diagnóstico diferencial entre el enfisema vesicular de los pulmones y el *asma esencial* que admiten aun cierto número de autores? Seria prematuro entrar ahora en esta discusion; porque ya destinaremos un artículo especial al corto número de casos que se citan como pertenecientes al asma, y entonces podremos decidir si en realidad existe un asma independiente de toda afeccion orgánica del pulmon, ó bien si se deben considerar á los casos de esta enfermedad que todavía se citan como casos de enfisema pulmonar mal observados.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos del enfisema pulmonar y de la dilatacion de los bronquios.*

ENFISEMA PULMONAR.	DILATACION DE LOS BRONQUIOS.
Combadura mayor ó menor.	*No hay combadura.*
Sonido mas claro al nivel de esta prominencia.	Sonido ordinariamente *mas oscuro* en un punto mas ó menos estenso.
Disminucion notable del *ruido respiratorio*, especialmente al nivel de la combadura.	*Respiracion bronquial;* broncofonía.
Accesiones de disnea mas ó menos intensas.	*No hay accesiones* de disnea.

2.° *Signos distintivos del enfisema y de la tisis pulmonar.*

ENFISEMA.	TISIS.
Combadura ó dilatacion general.	*No hay combadura* ni dilatacion general.
Sonido *mas claro* al nivel de la combadura.	Sonido *oscuro.*
No hay calentura ni demacracion.	*Fiebre hética,* demacracion.

3.° *Signos distintivos del enfisema pulmonar y del aneurisma de la aorta.*

ENFISEMA.	ANEURISMA DE LA AORTA.
Aumento de resonancia al nivel de la combadura.	*Sonido á macizo* al nivel de la combadura.
No hay latidos anormales.	*Latidos arteriales* mas ó menos intensos.
No hay ruido de fuelle ni de lima.	Por lo comun hay *ruido de fuelle* ó de lima.

No me detendré mas en este diagnóstico, que vuelvo á repetirlo, es fácil en la mayoría de los casos para el que ha estudiado detenidamente el enfisema.

Pronóstico. Ya hemos dicho que cuando menos es sumamente raro que el enfisema pulmonar ocasione por sí mismo la muerte, de modo que en este concepto no se puede considerar á esta afeccion como muy grave; pero no sucede lo mismo si se la considera bajo otro punto de vista. Cuando el enfisema ha llegado á un alto grado, da origen con mucha frecuencia á la hipertrofia del corazon, cuyos progresos causan mas tarde ó mas temprano la muerte; por otra parte, y segun los hechos que hemos citado antes de ahora, el estado patológico en que se hallan los pulmones hace mucho mas graves las inflamaciones de la mucosa bronquial. De aqui resulta que el enfisema vesicular no es tan solo una afeccion sumamente incómoda, sino que tambien ofrece en ciertas circunstancias un verdadero peligro. El caso es sumamente grave. Cuando la disnea llega á ser muy intensa y casi continua, sobrevienen palpitaciones y sobre todo el edema de las estremidades.

Digitized by Google

§. VII.

TRATAMIENTO.

Si tan solo me limitase á indicar el tratamiento que se ha empleado contra esta afeccion desde que se la conoce de un modo exacto, tendria bien poco que decir, en razon á que las esperiencias terapéuticas que se han hecho han sido poco numerosas; pero analizando con cuidado en los autores antiguos los hechos de asma, que se pueden referir con certidumbre al enfisema pulmonar, es posible presentar un tratamiento mas rico y mas variado. No obstante, creo necesario advertir que los remedios que se han administrado en los casos de enfisema perfectamente comprobado, son los que deben merecernos mayor confianza.

Antiflogísticos. Desde la mas remota antigüedad se ha empleado la sangría general contra la disnea intensa que sobreviene en las accesiones propias de esta afeccion. Borsieri (1) aconseja particularmente la *sangría del brazo*, con especialidad cuando hay plétora, congestion de la cara y supresion de una hemorragia habitual. El mismo medio ha sido recomendado por Laennec; pero Louis no le ha concedido ninguna eficacia manifiesta en los casos en que le ha empleado. Segun este mismo autor, es cierto que despues de la sangría suele observarse una calma notable, pero es un alivio que debe atribuirse á la quietud y á las bebidas diluentes administradas á los enfermos á su entrada en el hospital, y prueba esto el que mas tarde y en circunstancias favorables la sangría no produce ningun efecto manifiesto sobre los síntomas principales del enfisema. Ha habido sugetos á quienes se habia sacado inútilmente una gran cantidad de sangre, que han obtenido un alivio casi instantáneo despues de la administracion de una dosis moderada de opio. Sin embargo, se pueden presentar casos en los que haya adquirido tal intensidad el catarro agudo, que puedan esperarse muy buenos efectos del uso de una sangría; pero desde que se hayan calmado los síntomas inflamatorios es preciso aban-

(1) *Instit. med. pract.*, t. IV, p. 184; Lips. 1798.

Digitized by Google

donar este medio, que seria tal vez mas nocivo que útil. Las *sanguijuelas* solo deben aplicarse en los niños. Generalmente no se han recomendado las *ventosas escarificadas*.

Revulsivos. Se han empleado con bastante frecuencia en el asma los medicamentos de esta clase, pero nada prueba que se hayan obtenido grandes resultados. Por otra parte no se ha hecho uso de ellos en los casos de enfisema bien comprobado, y asi seria inútil indicarlos aqui; tan solo diremos que se consideran como útiles las *ventosas secas* aplicadas en gran número á las paredes del pecho.

Espectorantes. La *ipecacuana* y el *quermes* son los principales medicamentos de este género que se han prescrito en el asma. Segun Trousseau y Pidoux (1), la esperiencia demuestra que el uso habitual de las pastillas de ipecacuana hace menos intensa la disnea y procura un alivio manifiesto; pero esta asercion no se halla apoyada en ningun hecho preciso, y asi tan solo tiene un mediano valor. Los mismos autores aseguran que la ipecacuana dada como vomitivo á la dosis de 1 á 2 gramos (de 20 á 40 granos) hace á veces cesar inmediatamente la accesion en el *asma seco nervioso;* ignorando lo que entienden estos autores por *asma seco nervioso,* y no conociendo ninguna observacion que pruebe lo que ellos aseguran, no puedo considerar á esta proposicion mas que como una asercion que necesita comprobante. Sin embargo, es preciso decir que el doctor Bodin (2) ha citado dos casos, en los cuales se han aliviado notablemente dos accesiones violentas de disnea con el uso de la ipecacuana, administrada primero á dosis vomitiva y luego á la de 10 centígramos (2 granos) todas las mañanas, hasta que la mejoría se hizo bien manifiesta. En cuanto al *quermes mineral*, ya sabemos que para producir los efectos que de su administracion se esperan se le debe dar á cortas dosis, es decir, 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) en las veinticuatro horas; pero las reflexiones que hemos hecho respecto á la ipecacuana, son perfectamente aplicables al quermes mineral. Lo mismo digo de la *raiz de polígala*, que han empleado varios autores, y en estos últimos tiempos Laennec, sin que ninguna

(1) *Tratado de terapéutica*, 2.ª edicion, t. I.
(2) *Gazette médicale;* Paris, 1831.

Digitized by Google

observacion haya venido á probar la eficacia de esta sustancia, y Louis que la ha usado por recomendacion de Laennec, no ha notado ningun alivio manifiesto en su administracion. En los casos en que se quiere hacer uso de los medicamentos espectorantes, se prescribe al mismo tiempo una tisana análoga, la de *liquen islándico*, por ejemplo.

Vomitivos. La mayor parte de los autores han citado los vomitivos como sumamente eficaces en el tratamiento del asma; pero esta asercion se apoya en observaciones rigurosas, que es mas bien una opinion trasmitida tradicionalmente, que un hecho demostrado por la esperiencia. No me parece que debo insistir en esta medicacion, que tan fácil es por otra parte de poner en práctica. Recordemos sin embargo que es incontestable la eficacia de los vomitivos contra la bronquitis aguda, que complica tan á menudo el enfisema, y nos convenceremos que en este concepto son de gran utilidad en la afeccion que nos ocupa, y que es muy comun ver de un dia á otro, despues de haber administrado 2 gramos (media dracma) de ipecacuana ó 5 centígramos (un grano) de tártaro estibiado, hallar la respiracion mas fácil y sumamente disminuidos los estertores de la bronquitis. A veces es necesario repetir el vomitivo dos ó tres dias seguidos; pero luego que queda el enfisema sin complicacion, son mas útiles los medios siguientes.

Narcóticos. Esta es la medicacion que ha obtenido mejor éxito desde que se conoce bien el enfisema pulmonar, y asi es la que merece principalmente nuestra atencion. El *opio* ha sido administrado con resultados favorables por Laennec y Louis, habiendo conseguido este observador muy buenos efectos veintiseis veces en treinta casos en que le empleó. En los casos ordinarios bastan de 3 á 5 centígramos (medio á un grano) de estracto gomoso para producir un efecto manifiesto, y cuando la disnea es muy intensa y rebelde, se debe aumentar gradualmente la dosis.

El *estramonio* usado desde muy antiguo en la India y luego en Inglaterra, ha sido realmente empleado contra el *asma esencial;* pero si se examinan las observaciones y entre otras las de Gooch (1), pronto se nota que este supuesto asma esencial sigue

(1) *Annal. de litt. méd. étrang.*, t. IV, p. 15; 1812.

Digitized by Google

el mismo curso y presenta iguales síntomas que el enfisema pulmonar. Se hace fumar á los enfermos en una pipa la planta seca, para lo cual se usa la *datura fastuosa*, aunque segun los autores que han escrito sobre este asunto, no son menos útiles las demas especies de estramonió.

Segun Sills (1) *parece que solo poseen virtudes antiasmáticas la raiz y la parte inferior del tallo*, las cuales deben cortarse en pedacitos pequeños y fumarse en una pipa comun de tabaco, tragando el humo y la saliva. Este autor dice que á los pocos minutos se nota un alivio manifiesto, el enfermo cae en un sueño profundo, y al despertarse se halla perfectamente restablecido. El mismo Sills, que padecia hacia ya mucho tiempo un asma intenso, ha esperimentado siempre los buenos efectos que acabo de indicar. En cuanto á la dosis, se puede fumar desde la cuarta parte de pipa hasta una pipa entera, y por el hábito puede llegar á aumentarse mucho mas, puesto que Sills ha podido fumar una docena de pipas sin esperimentar mas incomodidad que una sensacion dolorosa en la lengua. Christie (2), que habia importado de Ceylan este método de tratar el asma, usaba tambien la raiz, que segun este autor debe emplearse del modo siguiente:

Tratamiento del doctor Tomás Christie. Se secan á la sombra las raices de estramonio, se las machaca de modo que se separen las fibras, se cortan en pedacitos y se llena con ellas el cubo de una pipa comun, lo mismo que si fuera tabaco picado. Si hay algun motivo para temer una accesion, se fuman por la noche al acostarse una ó dos pipas, atrayendo cuanto sea posible el humo hácia el pecho, en donde ocasiona cierto grado de calor seguido de espectoracion. Suele haber un ligero vértigo, y despues cae el enfermo en un sueño profundo, y al despertar se encuentra enteramente bueno; á veces hay tambien un abatimiento pasagero y ligeras náuseas, pero estos accidentes se disipan pronto sin dejar el menor vestigio.

Gooch ha citado cuatro observaciones en las que empleado este medicamento segun este método, y ha producido efectos manifiestos sobre las accesiones de disnea. En Francia se ha

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. VIII, p. 364; 1812.
(2) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. VII, p. 158; 1811.

Digitized by Google

querido imitar esta medicacion, pero se ha hecho uso de las hojas del estramonio, y aunque sin duda alguna está demostrado que todas las partes de la planta tienen la virtud narcótica, no debe echarse en olvido la observacion de los médicos ingleses, que en sus esperiencias comparativas han hallado que la raiz y la parte inferior del tallo tienen una propiedad mas sedante que las hojas.

Tambien se puede administrar el estramonio en estracto en forma de píldoras. Louis ha hecho notar, y yo he tenido ocasion de comprobarlo repetidas veces, que en casos en que el opio no disminuia sensiblemente la disnea, la mitad de la dosis de estracto de *estramonio* habia producido efectos sumamente sensibles. Se puede empezar por 2 ó 3 centígramos ($^2/_5$ ó $^3/_5$ de grano) del estracto de estramonio, é ir en seguida aumentando gradualmente si fuese necesario. Finalmente, se ha empleado esta misma sustancia en fumigaciones que deben hacerse lo mismo que hemos dicho para la laringitis (véase pág. 192).

Tambien pueden usarse, y del mismo modo, otros narcóticos, tales como la *belladona*, y hasta el *tabaco* mezclado con el estramonio.

El doctor Magistel (1) ha referido cinco casos, que designa con el nombre de *asma seco*, y en los cuales han producido un alivio notable las fumigaciones hechas con las hojas de belladona, despues de haber empleado en vano un gran número de medios. Magistel administra estas fumigaciones del modo siguiente:

Fumigaciones de belladona.

℞ Hojas de belladona............. 8 gram. (ʒij)

Se hacen hervir en

Agua comun.................. 500 gram. (℔j)

Se hacen tres fumigaciones diarias, de diez minutos de duracion cada una.

Al cabo de algunos dias se debe aumentar la dosis de belladona hasta 10 á 15 gramos (dos dracmas y media á media onza), y estender á veinte minutos la duracion de las fumigaciones.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 49.

En los niños se empieza por 4 gramos (una dracma) tan solo, y no debe pasarse de 10 gramos (2 $^1/_2$ dracmas).

Para estas fumigaciones puede servir el aparato mas sencillo, pues basta tener una vasija de uno ó dos golletes, ó simplemente un embudo largo, por el que se dirige el vapor á la boca del enfermo.

Antiespasmódicos. Necesariamente han debido emplearse los antiespasmódicos en una afeccion que se ha considerado como esencialmente nerviosa y que presenta un carácter espasmódico tan marcado. El *éter* ha sido de uso casi general, sobre todo para combatir las accesiones de disnea; pero no poseemos ningun dato exacto acerca del valor de este medio, en razon á que los casos en que se ha prescrito, aunque son muy numerosos, no se han publicado. Si se quiere hacer uso de este medicamento se podria emplear la fórmula siguiente:

Pocion antiespasmódica.

℞ Jarabe de altea...............		75 gram. (℥ijß)
Agua destilada de flores de tilo.....................	ãã	160 gram. (℥v)
Agua destilada de flores de naranjo.................		
Eter sulfúrico.................		6 gram. (ʒjß)

Mézclese en una botella exactamente tapada. Se toma una cucharada pequeña cada media hora.

Se ha recomendado igualmente contra esta afeccion la *asa fétida*, pero es dificil vencer la repugnancia que causa á los enfermos este medicamento, que puede administrarse del modo siguiente:

℞ Asa fétida.....................	ãã	4 gram. (ʒj)
Valeriana en polvo............		
Jarabe de goma..................		C. S.

H. S. A. cuarenta pildoras, de que se toman cinco ó seis al dia.

Administrada de este modo esta sustancia no causa disgusto, mas los eructos que suele producir despues son sumamente desagradables para muchos enfermos.

Puede agregarse al uso de estas píldoras la *lavativa* que recomienda Millar (véase pág. 238).

En vez de la asa fetida se podrian emplear del mismo modo

Digitized by Google

la *goma amoniaco* y el *gálbano*, pero la accion de estas sustancias es menos intensa.

En la fórmula anterior se ha hecho entrar la *valeriana*, pero algunas veces se administra este medicamento solo ó unido á otros antiespasmódicos, como el *alcanfor*, el *almizcle* ó el *castoreo*. La mistura antiespasmódica de Sydenham reune tres de las sustancias que acabamos de mencionar.

Mistura antiespasmódica de Sydenham.

℞	Tintura de valeriana......	2 gram.	(ʒß)
	Tintura de castoreo......	4 gram.	(ʒj)
	Eter sulfúrico.............	40 centígram.	(10 g̃)
	Agua de eneldo..........	75 gram.	(℥ijß)

Mézclese. Se toma á cucharadas.

Tambien Ludwig administraba como antiespasmódica la pocion siguiente:

℞	Estracto de cardo santo.	10 gram.	(ʒijß)
	Tierra foliada de tártaro en solucion.........	24 á 48 gram.	(ʒvj á ℥jß)
	Agua de melisa.........	48 gram.	(℥jß)

Se hace digerir á un calor suave. Se toma una cucharada cada dos ó tres horas.

Se ha hecho igualmente uso del *óxido de zinc* en los casos en que se ha supuesto la existencia del asma esencial; pero por lo comun se ha administrado al mismo tiempo que el opio y otras sustancias narcóticas, de modo que nos hallamos imposibilitados de poder apreciar rigurosamente su eficacia. Hé aqui el modo mas sencillo de administrarle.

℞	Flores de zinc..................	2 gram.	(ʒß)
	Azúcar.......................	10 gram.	(ʒijß)

Se divide en veinte papeles, de que se toma uno por la mañana y otro por la noche.

Seria fácil multiplicar estas fórmulas, pero al práctico le será muy sencillo el variarlas, y por consiguiente debo abstenerme de presentar mayor número de ellas, tanto mas cuanto que el grado de eficacia de todos estos medios es hasta ahora poco conocido, y respecto á este particular solo podemos hacer simples congeturas.

Estimulantes. Se han empleado contra esta enfermedad las sustancias ligeramente estimulantes, y en particular las balsá-

Digitized by Google

micas, como los *bálsamos de Tolú y del Perú*, sin duda con el objeto de favorecer la espectoracion, sobre todo en ciertos casos, que parecen ser los que los antiguos designaron con el nombre de *asma catarral*. Me limitaré respecto á este punto á citar la pocion de Mongenot que contiene bastante número de estas sustancias.

Pocion de Mongenot.

℞	Té hyswin................ } ãã Yedra terrestre........... }	8 gram.	(ʒij)
	Flores de gordolobo..........	4 gram.	(ʒj)
	Lirio de Florencia............	2 gram.	(ʒß)
	Agua hirviendo...............	180 gram.	(℥vj)

Se infunde, se cuela y se añade:

Jarabe de bálsamo de Tolú.....	15 gram.	(℥ß)
Jarabe de erysimo......... } ãã Ron...................... }	30 gram.	(℥j)
Tintura de canela.............	1 gram.	(18 ğ)

A fin de producir el mismo etecto, se ha prescrito la pocion estimulante siguiente:

℞	Carbonato de amoniaco........	4 gram.	(ʒj)
	Agua de ruda.................	250 gram.	(℔ß)
	Jarabe de diacodion...........	60 gram.	(℥ij)

Se toma una cucharada cada diez minutos.

Medicamentos diversos. Nos falta ahora hablar de algunos medicamentos particulares, acerca de los cuales debemos decir dos palabras. Estos medicamentos son el *arsénico*, el *cloro*, la *lobelia inflada*, los *baños sulfurosos*, el *amoniaco líquido*, y la *nuez vómica*.

El *arsénico*, que ya en una época muy lejana se habia administrado á los enfermos de pecho, ha vuelto á esperimentarse de nuevo por Trousseau y Pidoux, quienes prescriben su uso del modo siguiente:

Cigarrillos arsenicales.

℞	Arseniato de sosa........	2 á 4 gram.	(ʒß á ʒj)
	Agua destilada...........	20 gram.	(ʒv)

Se empapa en esta solucion un pedazo de papel de determinada magnitud y se dobla en forma de cigarro. De este modo cada cigarrillo contiene un peso determinado de arseniato de sosa

Digitized by Google

ordinariamente 5 centígramos (un grano). Los enfermos encienden el cigarrillo y atraen el humo á la boca, que luego por medio de una inspiracion lenta le hacen pasar á los bronquios. Se empieza por aspirar dos ó tres bocaradas, dos ó tres veces al dia, y segun se va adquiriendo hábito se aumenta el número de las inspiraciones. Cuando hay mucha opresion se puede envolver en el papel las hojas del estramonio.

Seria preciso tener pruebas bien positivas de la eficacia de este medio para atreverse á recomendarle, y á pesar de lo que afirman Trousseau y Pidoux carecemos enteramente de ellas. En primer lugar es muy notable que estos dos autores, despues de haber indicado que iban á ocuparse de los efectos del arsénico en el asma, hayan descuidado completamente esta enfermedad en su artículo. En segundo lugar, y la reflexion que voy á hacer es igualmente aplicable al mayor número de las medicaciones que dejo indicadas, ¿no se habrán tomado por un alivio producido por el medicamento los intervalos de calma que presenta esta enfermedad entre las accesiones? Y á propósito de esto debo añadir que el aumento de la espectoracion por los diversos medios empleados puede asimismo ser mas bien aparente que efectiva, porque ya hemos dicho que sobrevienen con frecuencia catarros agudos en los sugetos que padecen enfisema, y todos saben que estos catarros al principio secos, se terminan naturalmente por una espectoracion mas abundante. Asi pues, antes de publicar resultados terapéuticos, se debe estudiar con mucho cuidado el curso de la enfermedad, y procurar indagar si las modificaciones que se observan en los síntomas pertenecen á la enfermedad ó dependen verdaderamente de la accion de los remedios. Hoy que es ya bien conocido el enfisema pulmonar, se pueden esperimentar con mucho mas fruto los medicamentos que dejamos propuestos.

Tambien se ha empleado el *cloro* en fumigaciones contra el asma, lo mismo que contra la mayor parte de las afecciones crónicas del pecho; pero son muy poco satisfactorios los resultados que se han obtenido para que me detenga á indicarlos aqui.

En cuanto á la *lobelia inflada* se ha administrado con menos frecuencia: pero el doctor Elliotson (1) la considera como un es-

(1) *The Lancet*, febrero de 1833.

Digitized by Google

pecífico de esta enfermedad, y hé aquí de qué modo la administra en el hospital de San Bartolomé de Lóndres:

℞ Tintura de lobelia inflada.... 16 á 24 gotas.
Agua destilada............. 4 gram. (ʒj)

Se toma dos ó tres veces al dia.

Segun Stricht, que ha referido observaciones en que se ha puesto en uso este medicamento, el alivio ha sido pronto y las accesiones han desaparecido á los tres dias.

Finalmente, se han prescrito las *aguas sulfurosas*, cuyos efectos pasan generalmente por muy útiles en esta afeccion, lo mismo que en todas las enfermedades crónicas de las vias aéreas.

El doctor Courtin (1) ha citado observaciones en favor de los *baños sulfurosos* en esta enfermedad, á la cual da el nombre de *asma*. Esta práctica era ya antigua y la ha adoptado Beau, en cuya clínica se han recogido los hechos. Resulta de este trabajo que los baños sulfurosos repetidos alivian á los enfermos y deben por consiguiente incluirse entre los medicamentos activos que dejamos indicados, si bien todavía se necesitan nuevos esperimentos que confirmen su eficacia.

Amoniaco. Todos saben que se ha propuesto como un medio heróico la cauterizacion de la faringe con el *amoníaco líquido* por un médico que se habia hecho por esto una especialidad; y si bien es cierto que en algunos casos este medio procura cierto alivio, segun lo prueban algunas esperiencias que ha hecho Rayer, no puede esperarse de su uso la curacion radical, ni sobre todo aplicarle, como se ha hecho, á todos los distintos casos en que hay dificultad de respirar.

Conviene especialmente tener cuidado en *debilitar el amoniaco agregándole dos terceras partes ó á lo menos la mitad de agua*, porque de lo contrario se ocasionaria una inflamacion bastante intensa. El pincel de que se hace uso para la cauterizacion debe ser muy fino; asi yo me sirvo de un pincel de pintar á la aguada.

Rayer ha prescrito la pocion siguiente:

℞ Amoniaco líquido............. 8 gotas.
Agua......................... 120 gram. (℥jv)

Se toma á cucharadas durante el dia.

(1) *Gazette médicale;* Paris, 25 de diciembre de 1847.

Digitized by Google

Por este medio obtuvo un pronto alivio. Al sétimo dia aparecieron molestias en el corazon y latidos en el pecho que le obligaron á suspender la medicacion; pero sin embargo, ha continuado la mejoría. Asi pues, este es un medio que se podria emplear vigilando sus efectos.

Nuez vómica. El doctor Saez Cortés (1) ha obtenido en un caso un alivio notable prescribiendo las píldoras siguientes:

℞ Estracto alcohólico de nuez vómica.	6 gram.	(ʒjß)
Polvos de raiz de malvabisco.......	C. S.	

H. S. A. cincuenta y cuatro píldoras de que se toman una el primer dia, tres el segundo y tercero, y cuatro el cuarto y siguientes.

Se ha continuado este tratamiento durante veintisiete dias, y desearíamos saber si en tan largo espacio de tiempo no se hubieran modificado los síntomas por sí mismos.

Para calmar los dolores de pecho y hasta con el solo objeto de defender las paredes torácicas de las variaciones de temperatura, se aplican á la parte anterior del torax emplastos de *diaquilon* ó de *pez de Borgoña*, de mayor ó menor dimension. F Hoffmann (2) recomendaba el linimento siguiente, al que atribuia una gran eficacia:

Linimento nervino de Hoffmann.

℞ Agua destilada de tilo...........	60 gram.	(℥ij)
Carbonato de amoníaco......	ãã 15 gram.	(℥ß)
Lombrices terrestres.........		
Esencia de azafran..........		
Esencia de castoreo..........		
Macis........................	10 gram.	(ʒijß)

Se dan unturas en el cuello, los hombros, la espina dorsal y las paredes torácicas.

Tales son las medicaciones complicadas que se pueden poner en uso en el enfisema pulmonar; pero debo repetir que en la medicacion narcótica el médico hallará los mas preciosos recursos. Sin embargo, no se crea por esto que es fácil conseguir la curacion de esta enfermedad, porque si bien ha ha-

(1) *Telégrafo médico*, abril de 1849.
(2) *Opera omn. medica*, t. III, p. 94, sec. II, cap. II, Ginebra, 1768.

Digitized by Google

bido veces en que han sobrevenido dos ó tres accesos y no han vuelto á reproducirse durante muchos años, estos casos son puras escepciones. Todo lo que puede esperar el médico es hacer la disnea menos intensa, alejar las accesiones, disminuir su violencia y abreviar su duracion. Sucede muy á menudo, cuando llega la enfermedad á su mas alto grado, que se hacen ineficaces los medicamentos mas enérgicos, aun dados á alta dosis, y asi he llegado en la Salitrería á administrar de 30 á 40 centígramos (6 á 8 granos) de opio y estramonio, sin que se manifestase su accion sobre la respiracion, cuya dificultad era estraordinaria.

El tratamiento del enfisema pulmonar es pues un tratamiento puramente paliativo, cuando la afeccion ha llegado á cierto grado de intensidad, es decir, cuando los enfermos apelan á los socorros de la medicina. Diré tan solo dos palabras relativamente al clima, que segun Dutroulau, médico distinguido de la Armada, tiene una influencia notable en el enfisema. Asi es rara esta enfermedad en las Antillas, y los individuos que las han contraido en otros climas apenas sufren allí algunas accesiones ligeras, al paso que en Europa les tenia frecuentemente en tortura una disnea de las mas intensas. Esto es lo que ha esperimentado por sí mismo el profesor que acabo de citar. Debe pues aconsejarse el habitar, siempre que sea posible, en un clima cuya temperatura sea suave y moderada.

Precauciones generales que se deben tomar en el tratamiento del enfisema pulmonar. 1.° Los enfermos deben vestir interiormente de franela y evitar con cuidado todas las variaciones de temperatura, que podrian ocasionar una bronquitis y producir gran aumento en la disnea.

2.° Evitarán los grandes esfuerzos de la voz, y el inspirar polvos irritantes.

3.° Deben sujetarse á un régimen suave y ligero, absteniéndose en general del vino puro y de los licores fuertes. Galeno recomendaba el uso del vino en abundancia, pero no presentó hechos en apoyo de esta recomendacion. Por último, se deben evitar con el mayor cuidado toda clase de escesos.

Resúmen y prescripciones. No presentaré muchas prescripciones, en atencion á que es sumamente fácil formular cuantas

Digitized by Google

se quieran con los medios que ya dejo enumerados. Me limitaré pues, á indicar aquí las medicaciones que tienen en su favor suficientes esperimentos.

PRESCRIPCION I.

En un caso de enfisema con bronquitis aguda intensa.

1.° Para bebida:

Infusion de flores pectorales dulcificada con jarabe de culantrillo.

2.° Una sangría de 300 á 400 gramos (10 á 13 onzas).

En los niños, algunas sanguijuelas á las paredes torácicas.

3.° Una píldora cada dia de 3 á 5 centígramos (medio á un grano) de estracto gomoso de opio ó de estracto de estramonio.

4.° Durante las accesiones, pediluvio ó maniluvio sinapizado.

5.° Régimen suave y ligero. Vestir interiormente de franela.

Debo recordar aqui que solo se debe emplear la sangría en los casos muy raros en que es muy intensa la inflamacion de la mucosa bronquial.

PRESCRIPCION II.

1.° Para bebida:

Una ligera infusion de tilo, dulcificada con jarabe de flores de naranjo.

2.° Se fumará en una pipa comun la raiz seca del estramonio (véase pág. 601).

3.° Se aplicará á la parte anterior del pecho un emplasto de diaquilon ó de pez de Borgoña.

O bien hacer uso del linimento de Hoffmann (véase pág. 609).

4.° Las mismas precauciones é igual régimen que en la prescripcion anterior.

La belladona y el beleño que han empleado algunos observadores, han producido efectos análogos á los del estramonio, solo que los ejemplos que poseemos no son tan numerosos ni tan concluyentes.

Digitized by Google

PRESCRIPCION III.

TRATAMIENTO ANTIESPASMÓDICO.

1.° La misma tisana que en la prescripcion anterior.

2.° Una pocion etérea, para tomar á cucharadas (véase pág. 604).

O bien tomar los polvos de flores de zinc (vease pág. 605).

3.° Se administrará todas las noches la lavativa entiespasmódica de Millar (véase pág. 238).

4.° Se abstendrá de toda sustancia irritante, del vino puro y de los licores fuertes.

Breve resúmen del tratamiento.

Antiflogísticos, en los casos escepcionales, revulsivos, espectorantes, narcóticos, antiespasmódicos, estimulantes, arsénico, cloro, lobelia inflada, aguas y baños sulfuroso, amoníaco líquido, nuez vómica y aplicaciones esternas.

ARTICULO VIII.

ENFISEMA INTERLOBULAR.

El enfisema interlobular ó estravesicular de los pulmones es mucho menos conocido que el enfisema vesicular, y sin duda alguna tenemos que buscar las causas de la oscuridad que reina en su historia, tanto en su poca frecuencia como en la variedad tan grande de fenómenos que presenta.

Segun R. Prus, esta especie es la mas frecuente y la mas importante, pero creo necesarias dos palabras aclaratorias respecto á este particular. Este autor considera como casos de enfisema estravesicular aquellos en que se hallan grandes prominencias y bolsas estensas llenas de aire, porque entonces se han roto las vesículas y ha penetrado el aire en el tejido que las rodea. ¿Pero se puede adoptar este modo de considerar el

Digitized by Google

enfisema? Esto es lo que vamos á examinar. En los casos observados por R. Prus, el enfisema tenia por lo comun una duracion muy antigua y habia llegado á su mayor intensidad. Es indudable que en estas circunstancias varias vesículas se pueden reunir en una sola, y por consiguiente romperse de modo que comuniquen las unas con las otras, pero esta rotura no es primitiva, sino que ha precedido la dilatacion simple, de la cual aquella no es mas que un efecto. Por el contrario, el verdadero enfisema interlobular es aquel que aparece de pronto por la rotura de una ó mas vesículas, que ha hecho que penetre el aire en el tejido celular que une los lóbulos de los pulmones. Atendiendo pues á los síntomas de la enfermedad y á los resultados de la anatomía patológica, no es posible admitir que se efectúe de este modo el enfisema que hemos descrito en el artículo anterior, cuya sola consideracion basta para confirmar la opinion general, que es enteramente contraria á la de R. Prus.

Segun lo que acabo de decir, la historia del enfisema interlobular solo puede estar fundada en un corto número de hechos, y asi no tiene un gran interés práctico, por lo que me limitaré á trazar rápidamente y con grandes rasgos sus principales caracteres.

Causas. La causa determinante que asigna Laennec al enfisema interlobular de los pulmones, es un esfuerzo violento de respiracion, que acumulando el aire en una célula bronquial, ocasiona su rotura y como consecuencia la estravasacion del fluido en el tejido celular intervesicular. Se han citado algunos casos en que parece que la enfermedad tuvo orígen de este modo, y entre ellos creo los mas interesantes los dos siguientes, de los cuales refirió uno el doctor W. Dumbreck (1), y el otro ha sido recogido por F. G. Hicks (2). El primero ha sido un enfisema consecutivo á unos esfuerzos considerables de tos, que ha empezado por el pulmon y en seguida invadió el mediastino anterior. El segundo era un niño de diez meses, que en los esfuerzos de una tos semejante á la de la coqueluche fue acometido de opresion y sufocacion, y presentó al fin los signos de un enfisema general.

(1) *Trans. of. the med. chirurg. Soc. of Edinb.*, t. III, parte II, p. 559, 1829.

(2) *Lond. med. Gaz.*, p. 119, 1837.

Digitized by Google

¿Deberémos atribuir á una rotura análoga el caso que cita Stoll (1)? No lo creo, á pesar de hablar este autor de vesículas aéreas en la superficie del pulmon, sino que en mi juicio es mas probable, atendidos los síntomas de la enfermedad, que fuese simplemente un enfisema vesicular con desarrollo de apéndices considerables.

En algunos sugetos que han muerto de repente se ha hallado el pulmon voluminoso, que no se deprimia, y producia una crepitacion seca parecida á la que se observa en el enfisema del tejido celular subcutáneo. Ollivier de Angers (2) refiere una observacion sumamente notable de un caso de esta especie, en que sobrevino la muerte de repente á consecuencia de un acceso de cólera, y sin que se hallase en el cadáver para esplicar este accidente mas que la lesion del pulmon que acabamos de indicar. El doctor Hunt (3) cita tambien tres casos en que ocurrió la muerte del mismo modo, en medio de esfuerzos violentos de tos. Depaul (4) ha reunido varios hechos de este género, pero dependientes de esfuerzos violentos en el acto del parto. ¿Ha habido en estos casos rotura de las vesículas? La autopsia no lo ha demostrado de ningun modo, y por consiguiente hasta que nuevas investigaciones vengan á ilustrarnos respecto á este punto, es imposible decir si habia ó no mas que una simple distension de estas mismas vesículas.

Finalmente, Piedagnel (5) ha descrito una especie de enfisema pulmonar, en el que tambien hay rotura de las vesículas bronquiales, que resultan ó de la violencia de la respiracion en varias y muy diversas enfermedades, ó de la introduccion del aire en los vasos pulmonares. Los caracteres anatómicos que designa Piedagnel á este enfisema son los que hemos indicado en la observacion de Ollivier.

Segun estos autores el enfisema estravesicular se produce en todos los casos del mismo modo que se ha verificado en los esperimentos de Leroy de Etiolles, sobre los efectos de la intro-

(1) *Ratio med.*, part. VII, p. 155, Vien. Aust, 1790.
(2) *Arch. gén de méd.*, 2.ª serie, t. I, p. 229.
(3) *Prov. med. and surg. Journ.*; 1842.
(4) *Gaz. méd.*, octubre de 1842.
(5) *Mém. sur l' état. sain et l' emph. du poum.*, leida á la Academia de medicina. Sesion de 10 de febrero de 1829.

Digitized by Google

duccion del aire en las venas (1), y sobre la asfixia por insuflacion (2), cuyo autor practicando estos esperimentos en diversos animales, ha producido una muerte pronta con sufocacion, y en la autopsia ha hallado la crepitacion que indica Piedagnel.

Pero vuelvo á repetirlo, nada prueba que en estos últimos casos se hayan roto efectivamente las vesículas bronquiales, y solo es posible tener certidumbre acerca de este punto, cuando hay estravasacion del aire en el tejido celular general. Por otra parte, resulta de los esperimentos que ha hecho Depaul sobre la insuflacion, y en contra de la opinion de Leroy de Etiolles, que es sumamente dificil la rotura de las vesículas.

No creo necesario hacer notar todas las incertidumbres que reinan acerca de esta produccion del enfisema, y particularmente respecto á la existencia de la última forma de que acabo de hablar. He hallado muchas veces pulmones de niños recien nacidos tumefactos por el aire y que presentaban una crepitacion seca de las mas considerables; pero la regularidad perfecta de todas las vesículas que estaban exactamente redondeadas, y el no haber el menor vestigio de rotura ni de cavidad alguna irregular ó mayor que las células inmediatas, probaban en mi juicio hasta la evidencia que las vesículas habian sido sumamente distendidas en los últimos momentos de la vida, pero no que hubiese existido una lesion notable de los pulmones. He observado despues casos análogos en los adultos, y no he creido conforme con la mayoría de los observadores, que debia considerarlos como una verdadera lesion.

Por último, ha admitido Laennec como causa posible una exhalacion espontánea de gases en el tejido celular, que constituye los tabiques de los lóbulos; pero esto no pasa de una mera hipótesis, en la cual no debemos detenernos.

El doctor Cazalas (3) ha observado en un caso de disenteria un enfisema interlobular que se estendia á gran parte del cuerpo. ¿Cómo se habia desarrollado este enfisema? ¿Podrá servir este caso de apoyo á la opinion de Laennec? No nos es posible decidirnos acerca de este puuto.

(1) *Arch. de méd.* t. III, p. 410. *Bullétin de l' Academie de médecine,* 1838, t. II, p. 182 y siguientes.

(2) *Mem. lu á l' Acad. des sciences,* sesion de 11 de setiembre de 1826.

(3) *Mem. de la Soc. méd. d' émul. de Lyon*; 1842.

Digitized by Google

Sintomas. Los síntomas del enfisema estravesicular varían mucho segun los diversos casos, y como las observaciones bien hechas son raras y poco numerosas, resulta que solo poseemos nociones muy limitadas acerca de la sintomatologia de esta especie de enfisema. En los casos en que se ha podido atribuir el desarrollo de la enfermedad á una *emocion moral violenta* ó á *un esfuerzo* muy considerable de la respiracion, la muerte ha sido tan repentina y sumamente pronta, que no se han podido estudiar los síntomas. Cuando por el contrario se ha desarrollado el enfisema pulmonar poco á poco, bien porque la rotura de las vesículas no haya sido muy considerable, bien porque los esfuerzos de la respiracion y los golpes de tos que la habian producido no presentaban gran intensidad, se ha podido en algunos casos apreciar un corto número de síntomas particulares, que vamos á enumerar.

En estos casos ha habido siempre una dificultad de *respirar* mayor ó menor, pero los autores no hacen referencia de los accesos de disnea, que tan notables son en el enfisema pulmonar por dilatacion de las vesículas. Una vez notó Laennec un *estertor traqueal* muy marcado, mas el caracter particular que asigna á esta afeccion es un *ronquido crepitante* seco, de burbujas gruesas, acompañado de un *ruido de frotacion* bien manifiesto. Pero segun Reynauld y Meriadec Laennec, este último signo no pertenece al enfisema estravesicular, sino á una pleuresía seca concomitante.

En cuanto al estertor crepitante seco, ¿deberemos concederle mas valor en este enfisema que en la dilatacion de las vesículas de los bronquios? No es posible contestar á esta pregunta en el estado actual de la ciencia, porque faltan completamente las observaciones. No se ha estudiado lo bastante la *configuracion del pecho*, y lo mismo debemos decir de la *percusion*. Finalmente, en la mayor parte de los casos se hace referencia de la *tos*, pero ni de ella ni de la *espectoracion* se han dado á conocer exactamenlos caracteres.

Vemos pues que la ciencia está todavía poco adelantada relativamente á esta enfermedad, y que costará mucho trabajo en un caso dado formar el diagnóstico del enfisema estravesicular por los signos que acabamos de referir. No obstante, hay otro fenómeno del cual nada hemos dicho hasta ahora, y que cuando se

Digitized by Google

presenta anuncia la rotura de las vesículas pulmonares; este fenómeno es el *enfisema subcutáneo*, de que se hace mencion en un cierto número de observaciones, y particularmente en las de Jahn (1), é Hicks y W. Dumbreck. En estos casos á consecuencia de grandes esfuerzos de tos ó de grandes inspiraciones, se presenta con una disnea mas ó menos intensa, una tumefaccion que empieza ordinariamente por la parte anterior é inferior del cuello é invade pronto toda la periferia del cuerpo. Mas se suscitó entonces la cuestion de si hay un verdadero enfisema del tejido celular de los pulmones, ó si existe simplemente una rotura de algunas vesículas superficiales y de la pleura por donde pasa el aire á los mediastinos y de aqui al tejido celular subcutáneo. Aun cuando las descripciones que nos han dejado los autores no son demasiado satisfactorias, parece sin embargo que en estos casos existen reunidas estas dos lesiones.

No me ocuparé mas de la esposicion de los síntomas tan poco conocidos de esta oscura enfermedad.

Curso, duracion y terminacion. Es igualmente muy difícil decidir nada acerca del *curso, duracion* y *terminacion* de esta enfermedad. Hemos dicho ya que se habian atribuido algunas muertes repentinas al enfisema estravesicular, pero no se habia puesto fuera de duda la existencia de la lesion. En los casos que refieren Hicks y Dumbreck la terminacion ha sido fatal; en otros varios, por el contrario, se ha reabsorvido pronto el aire estravesado, ó el médico le ha dado salida por medio de escarificaciones. Tales son los datos bien poco exactos que nos suministra la ciencia acerca de este punto.

Lesiones anatómicas. En cuanto á las *lesiones anatómicas* consisten principalmente en una acumulacion de aire entre los lóbulos y debajo de la pleura, en cuyos puntos forma este fluido ampollas mas ó menos voluminosas, que se las puede hacer cambiar de sitio con el dedo. Bouillaud (2) ha visto una de estas ampollas tan sumamente gruesa que parecia un estómago. A veces se hallan los dos mediastinos sumamente distendidos por el aire no alterado.

Es preciso tener cuidado de no tomar por un verdadero

(1) *Magas. für die gesam. Heilk*, 1828; y *Arch. gén. de méd.*, t. XX, 1.ª serie, p. 104.

(2) *Dicc. de med. y cirug. prácticas*, art. ENFISEMA.

Digitized by Google

enfisema el desarrollo de gases que puede verificarse despues de la muerte á consecuencia de la putrefaccion, y para no cometer este error se debe atender al estado del pulmon, lo mismo que de los demas órganos, y á la estension considerable que ocupa el aire estravasado.

Diagnóstico y pronóstico. Seria completamente inútil detenernos mucho en estudiar el *diagnóstico* y *pronóstico* del enfisema estravesicular, pues con los hechos insuficientes que poseemos, seria probable que solo pudiesemos emitir proposiciones dudosas. Solo puede presentar el *diagnóstico* alguna certidumbre cuando, despues de un gran esfuerzo, se observa que sobreviene de pronto una dificultad notable de respirar, despues un sonido claro en un punto limitado del pecho, y por último el desarrollo de un enfisema subcutáneo. Solo la observacion sucesiva podrá fijar definitivamente el valor que deba tener cada uno de estos signos.

Tratamiento. Necesariamente el *tratamiento* del enfisema estravesícular debe resentirse de la falta de hechos, y asi es que solo poseemos acerca de este particular datos tan escasos, como sumamente vagos. En los casos citados por Laennec, el enfisema ha tenido un éxito favorable, sin embargo de que solo se han usado medios bien sencillos. La analogía nos induce á creer que en un caso bien determinado se podria apelar con probabilidad de buen éxito, á los *narcóticos* á dosis mas ó menos altas. En cuanto al uso de algunos otros medicamentos, solo el médico podrá juzgar de su oportunidad, y asi me basta remitir al lector al tratamiento del enfisema vesícular. Tan solo debo añadir que cuando se ha estendido el enfisema al tejido celular subcutáneo y la tension de la piel es muy considerable, bastan para evacuar el fluido gaseoso algunas picaduras con un trócar, como lo ha hecho el doctor James.

Los autores que consideran al enfisema interlobular como frecuentemente mortal, tienen poca confianza en esta medicacion tan sencilla, pero ya hemos visto que hay algo de confusion en las palabras, que para los unos el enfisema interlobular no es mas que el enfisema vesícular con rotura de algunas vesículas y formacion de bolsas mas ó menos grandes, y que para otros la misma enfermedad consiste en aquel estado de distencion forzada de las vesículas pulmonares que se presenta en

Digitized by Google

varias afecciones poco tiempo antes de la muerte. Esta confusion de voces es la que ha dado lugar á juicios tan diferentes acerca de la gravedad de esta afeccion. Por lo demas, no he tratado de disimular que nos falta hasta ahora por hacer casi todo cuanto corresponde á la historia de esta enfermedad, por fortuna bastante rara, y por consiguiente no he querido dar á las proposiciones que se hallarán en este artículo, un valor mayor del que en realidad merecen. Prevenir al médico contra la sorpresa que pudiera ocasionarle un suceso como los que he mencionado y hacerle conocer los fenómenos principales, tal ha sido el único objeto que me he propuesto.

FIN DEL TOMO PRIMERO.

Digitized by Google

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO I.

LIBRO I.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

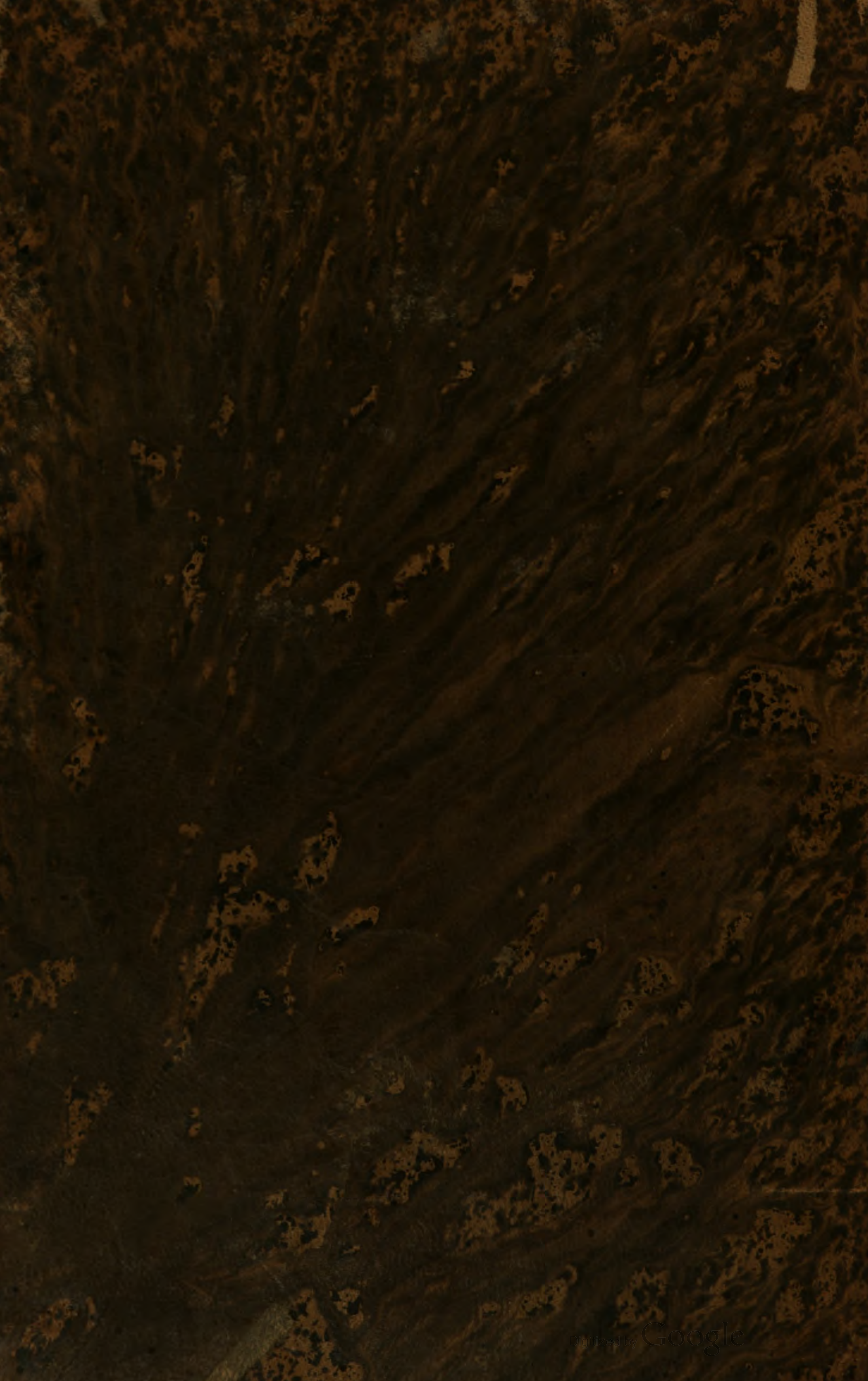


Digitized by Google





Digitized by Google


Digitized by Google